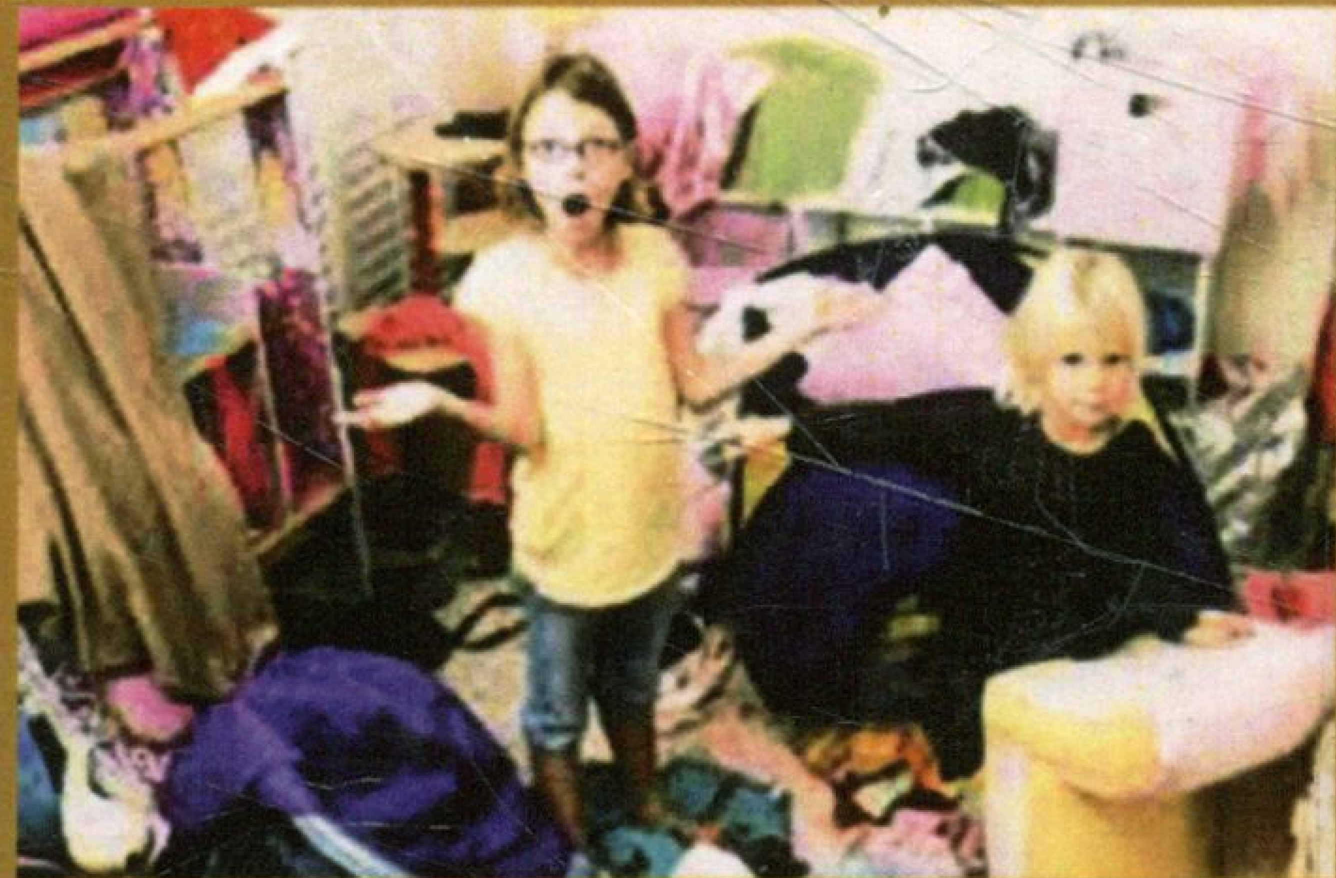
اضطراب المسلك

الأسباب - التشخيص - الوقاية والعلاج

تأليف
أ. د. مجدي محمد الدسوقي
استاذ الصحة النفسية
رئيس قسم العلوم التربوية و النفسية
كلية التربية النوعية - جامعة المنوفية





جوانا
للنشر والتوزيع

دار العلوم
للنشر والتوزيع

اضطراب المسلك

(الأسباب – التشخيص – الوقاية والعلاج)

أ.د / مجدى محمد الدسوقى
أستاذ الصحة النفسية
رئيس قسم العلوم التربوية والنفسية
كلية التربية النوعية – جامعة المنوفية

اسم الكتاب : اضطراب المسلك (الأسباب – التشخيص – الوقاية والعلاج)
إعداد : أ.د/ مجدى محمد الدسوقى

الناشر : دار جوانا للنشر والتوزيع



العنوان : 99 أبراج الأمل
الاوتستراد – المعادى
ت : 01003182615
البريد الالكترونى
Dargwana2050@yahoo.com
رقم الإيداع : 2014/25694
الترقيم الدولى : 9789776469099

الموزع : دار العلوم للنشر والتوزيع



العنوان : 29 شارع 9 – المعادى
ت : 02/2359318
ت : 01226122212
البريد الالكترونى
daralaloom@hotmail.com
الموقع الالكترونى
www:dareloloom.com

الدسوقى، مجدى محمد
اضطراب المسلك : (الأسباب – التشخيص –
الوقاية والعلاج) / مجمدى محمد الدسوقى – القاهرة :
دار جوانا للنشر والتوزيع / 2014
ص ، سم
تدمك 9789776469099
1- الاضطرابات النفسية
2- السلوك (علم النفس)
أ- العنوان
157،7

طبعة 2015

بسم الله الرحمن الرحيم

الإهداء ..

إلى أبنائي سلمى ، وسالي ، ويوسف ..

النور الذي يضيء لي في دياجير الظلام ..

حفظكم الله ..... وجعلكم ذكرى وامتداداً ..

مقدمة الكتاب

الحمد لله ، نحمده ونستغفره ، ونتوب إليه ، ونعوذ بالله من شرور أنفسنا ومن سيئات أعمالنا ، فمن يهده الله فلا مُضِل له ، ومن يضلل فلا هادى له ، وأشهد أنَ لا إله إلاَ الله وحده لا شريك له وأشهد أن محمداً عبده ورسوله ، خاتم الأنبياء والمرسلين الذي أرشد البشرية وهداهم إلى الصراط المستقيم صلى الله عليه وسلم تسليماً كثيراً .

وبعد ،

يُعد اضطراب المسلك اضطراباً من بين ثلاثة اضطرابات للسلوك الفوضوي Disruptive Behavior Disorders والاضطرابان الآخران هما : اضطراب العناد والتحدي Oppositional Defiant Disorder (ODD)، واضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) ، وكما هو موضح في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية (DSM-IV) فإن اضطراب المسلك يوحى بوجود اضطراب خارجي حاد يتضمن سلوكيات عدوانية خطيرة وسلوكيات مضادة للمجتمع كالقتال أو المشاجرة والقسوة والسرقة بالإكراه والإجبار علي ممارسة النشاط الجنسي وإشعال الحرائق والخداع والهروب من المدرسة ، وغير ذلك من الانتهاكات للقواعد ، ويصف السلوك المعادى للمجتمع الأعمال أو التصرفات المخالفة لقواعد المجتمع وحقوق الآخرين ، ويمكن أن يؤدى السلوك المعادى للمجتمع الذي يرتكبه المراهق والذي يخالف القانون إلى الاحتكاك برجال الشرطة وفي هذه الحالة فإن اضطراب المسلك يمثل سلوكاً معادياً للمجتمع ، وهذا الاضطراب أكثر شيوعاً بين الذكور ، بينما الإناث أو المراهقات اللاتي لديهن اضطراب المسلك عرضة لتكوين صداقات مع شركاء لديهن مشكلات متشابهة ، وسوء

استخدام المادة ، والتسرب من المدرسة وبالتالي فإنه من المهم أن نقوم بتحديد اضطراب المسلك وأن تبدأ التدخلات العلاجية مبكراً ، كما أن هذا الاضطراب شائع أو سائد في المجتمع وفى عيادات الطب النفسي ويُعد شكلاً حاداً ومعقداً للحالة المرضية النفسية التي تظهر في أوجه نقص متعددة في سلسلة من مجالات الأداء الوظيفي ، وحوالي ٤٠% من الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك عندما يصلون إلى البلوغ يعانون من اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع ، واضطراب المسلك هو أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً فى مرحلة الطفولة فمعدل الانتشار يصل إلى حوالي ٥% تقريباً ، وهو من أكثر الأسباب شيوعاً لتحويل الأطفال لعيادات العلاج النفسي .

ويرتبط باضطراب المسلك ببعض المتغيرات مثل العدوان Aggression والعنف Violence ، ويعرف العدوان على أنه سلوك مدمر موجه نحو الخارج ينتج عن التقاء أو تجمع لعوامل طويلة الأجل على سبيل المثال عوامل بيولوجية وسيكولوجية وشخصية وأسرية والأقران والمدرسة والمجتمع ، وتأثيرات قصيرة الأجل مثل الغضب والضجر أو الملل ، أما العنف فهو شكل خاص من أشكال العدوان الظاهر والقصدي يستخدم القوة البدنية مثل الضرب والركل والخنق واستخدام السلاح والإجبار على ممارسة الجنس والرمي أو القذف بالأشياء .

والنظريات التي تتعلق بأسباب الاضطراب تشمل الأسلوب الوالدي غير الفعال على سبيل المثال أسلوب التأديب العنيف ، والاشتراك المنخفض للوالدين في الأنشطة المدرسية ، والمراقبة المنخفضة أو الضعيفة ، والعوامل الأسرية مثل النزاع بين الزوجين والاكتئاب وسوء استخدام المادة والسلوك

الإجرامي لدى الوالدين ، وعوامل المخاطرة البيولوجية والإنمائية للطفل مثل اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد وأوجه العجز في التعلم أو البطء في النمو اللغوي ، وعوامل المخاطرة في المدرسة على سبيل المثال استخدام المعلمين لاستراتيجيات رديئة في إدارة الفصل وارتفاع كثافة الفصول والتعامل أو المشاركة المنخفضة للمعلمين مع الوالدين ، وعوامل المخاطرة المتعلقة بالرفاق والمجتمع مثل العنف والعصابات .

ويرتبط اضطراب المسلك بدرجة كبيرة بمضامين طويلة الأمد وذلك فيما يتعلق بالمخاطرة المتزايدة لمشكلات أخرى في الصحة النفسية مثل سوء استخدام المادة ، واضطراب الشخصية المعادية للمجتمع ، وبالإضافة ذلك فإن الأسرة والمجتمع بأسره يتأثران بسلوك الشباب المضطرب سلوكيا ؛ لذلك يجب أن تتضافر الجهود لإعداد برامج تعاونية من أجل الوقاية ومن أجل التدخل العلاجي .

ويتألف الكتاب من أحد عشر فصلاً على النحو التالي :

الفصل الأول : يتناول مفهوم وخصائص الاضطراب .

الفصل الثاني : يتناول مسار الاضطراب وسياق نموه .

الفصل الثالث : يتناول تشخيص الاضطراب .

الفصل الرابع : يتناول أسباب الاضطراب .

الفصل الخامس : يتناول التدخل العلاجي .

الفصل السادس : يتناول اضطراب العناد والتحدي .

الفصل السابع : يتناول التدخلات الوقائية .

الفصل الثامن : يتناول العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدي .

الفصل التاسع : يتناول علاج اضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدي وتعزيز الكفاءة النفسية والاجتماعية للأطفال .

الفصل العاشر : يتناول الارتباط التنموي بين اضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدي واضطراب الشخصية المعادية للمجتمع .

الفصل الحادي عشر : يتناول التوجهات المستقبلية في دراسة اضطراب المسلك .

وأسأل الله سبحانه وتعالى أن أكون بهذا الجهد العلمي المتواضع قد أسهمت في إثراء المكتبة المصرية والعربية في علم النفس والصحة النفسية ، وأن أسهم في تمهيد الطريق أمام صغار الباحثين لإجراء المزيد من الدراسات حول اضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدي ، ويسعى كل مؤلف لأن يقدم عملاً متكاملاً ويأمل ذلك باستمرار ولكنه منذ اللحظة التي ينتهي فيها من إعداد الكتاب يشعر أنه مازال بعيداً عن الهدف وكأنه لم يبدأ بعد فيبدأ مرة أخرى من جديد يتابع ما انتهى إليه منقحاً ومضيفاً وهنا يصبح للسعي معنى وللعمل متعة لا يستقر له قرار ولا يرتوي من نبع واحد ؛ فالوصول إلى ذلك غاية تنشد ومستقر ينتهي والعلم ليس له نهاية .

وفي النهاية ... اللهم إني بذلت قدر جهدي ما استطعت ، واستنفرت من طاقتي ما أدركت ، وتوكلت عليك سبحانك فيما كتبت ، فإن كنت وصلت إلى الصواب فيما ذهبت إليه فالمنة والفضل منك ، وإن كان هناك خطأ أو نقص في جانب من جوانب هذا الكتاب أو لم يجد القارئ أو الباحث ضالته المنشودة فالعيب مني ، وحسبي أنني بشر سعيت وقدمت ما أتاحته

قدراتي في قالب رأيت أنه المفيد من وجهة نظري فأخطأت وأصبت ، وآمل لموضوعات هذا العمل العلمي المتواضع أن تثير التساؤلات أكثر من أن تجيب عنها ...... وهكذا يتطور العلم ، وفي النهاية اللهم إني أتوجه إليك بالرجاء والدعاء أن يكون هذا العمل العلمي خالصاً لوجهك الكريم وأن تنفعني به ، وأن ينتفع به القارئ والباحث .

اللهم علمني ما ينفعني ، وانفعني بما علمتني ، وزدني علماً

والله الموفق ،،،

دكتور

شبين الكوم في : ٢ / ٥ / ٢٠١٣م **مجدي محمد الدسوقي**

الفصل الأول

مفهوم وخصائص الاضطراب

مقدمة :

يتسم اضطراب المسلك Conduct Disorder (CD) بنمط من السلوك ينتهك الحقوق الأساسية للآخرين أو المعايير الملائمة للعمر وقواعد المجتمع ، ويمثل هذا الاضطراب تحدياً كبيراً أمام الوالدين ، والمعلمين ، والعاملين في مجال الصحة النفسية ، ويرى جوريجى وآخرون .Gureje et al (١٩٩٤) أن هذا الاضطراب يمثل تكلفة عالية فيما يتعلق بالخسارة الشخصية للأطفال والأسر والمجتمع ، فمثلاً على الرغم من أن الأطفال الذين يعانون من الاضطراب يمثلون ٣% - ٥% فقط إلا أنهم وراء ما يقرب من نصف الجرائم غير القانونية التي يرتكبها الأحداث ، ونظراً لأن هناك اضطرابات أخرى تحدث غالباً في نفس الوقت الذي يحدث فيه اضطراب المسلك ، وذلك يعنى وجود الاضطرابات التي تدل على حالة مرضية مشتركة مثل اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) ، وسوء استخدام المادة ، والاكتئاب ، فإن اضطراب المسلك يكون من الصعب علاجه ويساهم في معدل عالٍ لأوجه فشل العلاج ، يضاف إلى ذلك أن سلوكيات هؤلاء الأطفال المضطربة تجعلهم على احتكاك مستمر مع محاكم الأحداث ، ونظم التعليم ، ومما يصعب المشكلة أن هؤلاء الأطفال لا يتلقون خدمات الصحة النفسية التي يحتاجون إليها في الوقت المناسب ، علاوة على ذلك فإن اضطراب المسلك يعد من أصعب الاضطرابات التي يتم علاجها لأنه اضطراب معقد ، ويتطلب تدخلات علاجية مصممة تصميماً جيداً ، وتستهدف نواحي متعددة للأداء

الوظيفي للفرد ، ويعد اضطراب المسلك اضطراباً معقداً ، والحالة المرضية الناتجة عنه قد تستمر مدى الحياة ، وبالإضافة إلى ذلك فبسبب طبيعة السلوك المشين فإن الأسرة والمجتمع ككل يتأثران به .

ولقد ظهر اضطراب المسلك أولاً كنمط تشخيصي في المراجعة الثامنة للتصنيف الدولي للأمراض International Classification of Diseases عام ١٩٦٥ وفى المراجعة الثانية للدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض The Diagnostic and Statistical Manual of Diseases عام ١٩٦٨، ومنذ ذلك الوقت تم توسيع النمط بنظامين يتبعان طرقاً مختلفة لتعريف وإلقاء الضوء على الأنواع الفرعية للاضطراب ، ولقد تغيرت المعايير التشخيصية عبر مراجعات التصنيف الدولي للأمراض ، والدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية وقد فرض ذلك تحديات عديدة ؛ فالمعالم الرئيسية لاضطراب المعارضة والتحدي Oppositional Defiant Disorder (ODD) تتمثل في سلوك سلبي مستمر عدواني ويتسم بالتحدي ، بينما المعالم الرئيسية لاضطراب المسلك Conduct Disorder (CD) تتضمن سلوكاً مستمراً ينتهك الحقوق الإنسانية الأساسية للناس الآخرين أو يخترق وينتهك قواعد المجتمع كالكذب والسرقة والقسوة .

وعلى الرغم من أن شدة أو حدة الاضطراب يمكن أن تختلف بدرجة كبيرة بين الأطفال ، فإن كثيراً من هؤلاء الأطفال يظهرون أوجه ضعف اجتماعية نفسية دالة ، وهذه الجوانب تشمل التحصيل الدراسي المتدني ، والعلاقات الاجتماعية الرديئة ، والصراع أو النزاع الشديد مع الوالدين والمعلمين ،

والتورط في النواحي الإجرامية ، ووجود مستويات أو معدلات عالية للكرب أو المحنة النفسية ، وغير ذلك من الجوانب المتعددة التي تـم توثيقها بالبحوث الإكلينيكية ، ويذكر أوريلي O'Reilly (٢٠٠٥) أنه في المملكة المتحدة على سبيل المثال وجد أن هناك نسبة تقدر بـ ٤,٧% من الأولاد ، ٢,٣% من البنات في سن ٥ – ١٠ سنوات يظهرون أعراض اضطراب المسلك ، وأن ٤٠% من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم من ٧ – ٨ سنوات والذين تم تشخيصهم بما يفيد وجود اضطراب المسلك أصبحوا من المخالفين للقانون بصفة عامة أو باستمرار وهم مراهقون ، وما يزيد على ٩٠% من المخالفين للقانون بصفة مستمرة كان لديهم اضطراب المسلك وهم أطفال وهذا الاضطراب من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً في مرحلة الطفولة حيث يصل معدل الانتشار إلى حوالي ٥% تقريباً ، وهو من الأسباب الأكثر شيوعاً لتحويل أو إحالة الأطفال للعلاج النفسي ويتأثر البنين بهذا الاضطراب بدرجة أكبر من الإناث .

تعريف الاضطراب :

يُعد اضطراب المسلك شكلاً أكثر حدة من أشكال السلوك المضطرب أو المشين ، وهذا النمط من السلوك يكون حاداً أو شديداً جداً لدرجة أنه يتدخل في قدرة الطفل على التعلم وعلى النمو ، ويتصف هذا الاضطراب بوجود سلوك عدواني مستمر أو سلوك معادى للمجتمع ، وتدمير عن عمد للممتلكات ، والقسوة على الناس الآخرين أو الحيوانات ، ويتصف هذا الاضطراب أيضاً بالسرقة والخداع والانتهاك الخطير للقواعد وممارسة أعمال البلطجة ، والأعمال غير الاجتماعية أو الأعمال الإجرامية ليست في حد ذاتها أسباباً لتشخيص اضطراب المسلك ولكن ذلك يتطلب نمطاً مستمراً من السلوك لمدة ستة أشهر على الأقل

حتى يتم تشخيص الاضطراب ، والأطفال العدوانيون الذين لديهم اضطراب المسلك يختلفون عن أقرانهم أو رفاقهم في أنهم يستجيبون لعدد قليل من الدلائل الاجتماعية ويوجهون انتباههم بطريقة اختيارية أو انتقائية نحو الدلائل الاجتماعية العدوانية ، وبالتالي من المحتمل بدرجة أكبر بأنهم سيفسرون الدوافع بطريقة عدوانية ، وعندما يواجهون المشكلات الاجتماعية فإن الأطفال العدوانيين الذين لديهم اضطراب المسلك يولدون غالباً عدداً أقل من الحلول عما في حالة الأطفال الذين لا يوجد لديهم اضطراب المسلك .

ومصطلح اضطراب المسلك Conduct Disorder يشمل تحت طياته مجموعة متنوعة وشاسعة من السلوك الذي لا يمكن التحكم فيه ، وبالتالي ليس له تعريف واحد فالعدوان والكذب والتدمير والتخريب والسرقة والهروب من المدرسة ، كل ذلك تصرفات تندرج عادة تحت هذا المصطلح العام ، والخيط الرابط في هذه المصفوفة من السلوكيات هو انتهاك المعايير المجتمعية والحقوق الأساسية للآخرين ، وحدة أو شدة التصرفات أو الأفعال تتعدى الإيذاء والعنف المؤذى الشائع بين الأطفال والمراهقين ، أي أن اضطراب المسلك نمط سلوكي يقوم به الطفل متجاهلاً حقوق الآخرين مع عدم الامتثال للمعايير والأدوار التي ترتبط بعمره الزمني ، والأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك يشتركون في سلوكيات تنتهك المعايير الاجتماعية إلى حد كبير ، وهذه السلوكيات تشمل الكذب المزمن ، والسرقة ، والعنف ضد الآخرين ، كما أنهم يميلون إلى أن يفكروا في التفاعل مع الآخرين بطرق من شأنها أن تساهم في ردود أفعالهم العدوانية ، و يتضمن هذا الاضطراب أوجه عجز عصبية تجعل من الصعب جداً أمام الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب أن يتعلموا من أساليب التعزيز والعقاب من

أجل السيطرة على تصرفاتهم أو سلوكياتهم ، كما أن الأطفال الذين يعانون من اضطراب المسلك يكون لديهم أنماط سلوكية مزمنة تتمثل في عدم الاكتراث بالحقوق الأساسية للآخرين ، ولننظر إلى الحالة التالية لصبي يدعى فيليب Philip .

حالة توضح الاضطراب :

إن فيليب Phillip البالغ من العمر أثنى عشر عاماً تم طرده من المدرسة كنوع من العقاب ، وكانت مدرسته تقع في مدينة صغيرة بولاية إيوا Iowa الأمريكية وتمت إحالته إلى العلاج الطبي النفسي عن طرق مدير المدرسة ، وأرسل مع فيليب المذكرة التالية : هذا الطفل يمثل مشكلة مستمرة منذ مجيئه إلى المدرسة ، فهو لا يستطيع الوفاق مع أي زميل له في الملعب لأنه حقير ووضيع بالنسبة للأطفال الآخرين فهو يخالف القواعد المدرسية ، ويضايق أطفال الشرطة المدرسية ويسرق الأطفال الآخرين ، ويتحدى كل السلطات المدرسية ، ويدخل في مشاجرات مع رفاقه في الأتوبيس ، ولقد تم حرمانه من المزايا التي تقدم في الكافيتريا مرات عديدة وذلك بسبب مشاكسته ومشاجراته والتحرش بالأطفال الآخرين ودفعهم بعنف وبعد أن أساء السلوك في أحد الأيام في الكافيتريا أخبره المدرس أن يذهب إلى مكتب المدير لمقابلته ورفض ذلك باستماتة ، ورقد على الأرض ، وانتابته نوبة هستيرية وأخذ يركل برجليه ويصرخ ، ولم يكن فيليب صادقاً فعندما كان يتم القبض عليه وهو يقوم بأعمال مشينة كان ينكر ويدعى البراءة في كل عمل يقوم به ، ويعتقد أن الآخرين يفترون عليه ، كما كان يبدو كئيباً عندما يرفض كل شيء ، وكان دائماً يهزأ بأي شيء ، وعندما يسأل عن سبب قيامه بعمل هذه الأشياء يشير إلى رأسه ، ويقول لأن رأسي ليست سليمة ،

وهذا الصبي في أمس الحاجة للمساعدة فليس له أي أصدقاء ، وسلوكه العدواني كان يمنع الأطفال الآخرين من التحدث إليه أو مصاحبته أو حتى قبوله ، وعندما قام الأخصائي النفسي باختبار فيليب أوضحت النتائج وجود مستوى متوسط من الذكاء والتحصيل الدراسي (دافيسون ونيال Davison & Neale ، ١٩٩٦) .

وربما يكون أكثر من أي اضطراب آخر يحدث في مرحلة الطفولة نجد أن اضطراب المسلك يتم تحديده عن طريق تأثير سلوك الطفل على الآخرين والبيئة المحيطة به ، فالوالدين ، والأقران ، والمعلمون يقررون عادة ما هو السلوك الذي لا يمكن التحكم فيه بدرجة كبيرة ، ويكون سلوكاً غير مقبولاً ، والأطفال في مرحلة الطفولة المتأخرة (مرحلة ما قبل المراهقة) ، والمراهقين يتم تحديدهم على أنهم مسببين لمشكلات سلوكية ، وذلك عن طريق السلطات القانونية ، وفي هذه الحالة ينظر إلى الطفل على أنه حدث منحرف ، وانحراف الأحداث Juvenile Delinquency مصطلح قانوني وليس مصطلح سيكولوجي ، وهو يشير إلى الأعمال التي يرتكبها الشخص الصغير في السن الذي يكون عمره عادة أقل من ١٨ سنة ، وهذه الأعمال إما قانونية مثل الاعتداء على الآخرين أو السرقة أو غير قانونية كالهروب من المدرسة ، وليس من المدهش أن كثيراً من الصغار الذين يتم تشخيصهم على أن لديهم اضطراب المسلك يكونون في ورطة مع القانون والقائمين على تنفيذه ويتم الحكم عليهم بأنهم أحداث منحرفين .

ويرى دافيسون ونيال Davison & Neale (١٩٩٦) أن المعيار الأكثر أهمية لاتخاذ قرار بشأن ما إذا كان عمل معين يعتبر عملاً عدوانياً أو مسبباً للمشكلات هو التكرار الذي يعتري هذا العمل ، وحدة أو شدة السلوك ، وبالتالي

فإن مشاجرة واحدة في العام لا يمكن اعتبارها مشكلة ، ولكن مشاجرة كل أسبوع تعتبر مشكلة ، وبالمثل أو على نفس المنوال فإن سرقة قطعة من الحلوى تكون سرقة صغيرة ، ولكن سرقة سيارة أو موتوسيكل أو دراجة تعتبر جناية ، وهذه المعايير المتمثلة في التكرار والحدة أو الشدة لا تحل تماماً مشكلة تعريف أو تحديد اضطراب المسلك ولكنها اعتبارات هامة .

وكثير من الأطفال ذوي اضطراب المسلك يعرضون مشكلات أخرى مثل سوء استخدام المادة الذي يعد سلوك آخر يحدث بطريقة شائعة مع اضطراب المسلك ، وفي دراسة طولية عن المشكلات السلوكية لدى البنين وجد ارتباط قوى بين استخدام المادة وبين الأعمال الانحرافية ، فعلى سبيل المثال فمن بين التلاميذ الذين بالصف الأول الإعدادي ذكروا أنهم قد جربوا الماريجوانا ، وأن أكثر من ٣٠% منهم هاجموا شخصاً ما ومعهم سلاح ، ٤٣% منهم اعترفوا باقتحام أماكن وسرقتها ، وحوالي ٥% من هؤلاء الأطفال الذين لم يذكروا استخدامهم لأي مادة قد ارتكبوا هذه الأعمال (روتر Rutter ، ٢٠٠٤) .

وتعرف الجمعية الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric Association (١٩٩٤) اضطراب المسلك على أنه نمط متكرر ومستمر لسلوك عدواني ومعادى للمجتمع ، ويتسم بالتحدي ، كما يتضح ذلك من وجود ثلاثة معايير على الأقل أو أكثر خلال الإثنى عشر شهراً الماضية ، ومعيار واحد على الأقل خلال الستة أشهر الماضية ، وتشمل هذه المعايير العدوان نحو الناس أو الحيوانات ، وتدمير الممتلكات ، والخداع أو السرقة ، والانتهاكات الخطيرة للقواعد .

ويعرف محمود حمودة (١٩٩٨) اضطراب المسلك بأنـــه نمـــط ثابـــت ومتكرر من السلوك العدواني أو غير العدواني الذي تنتهك فيه حقوق الآخرين أو قيم المجتمع الأساسية أو قوانينه المناسبة لعمر الطفل في البيت والمدرسة ووسط الرفاق وفي المجتمع ، والطفل الذي يعاني من اضطراب المسلك يـــأتي ســـلوكاً عدوانياً أو غير عدوانياً ينتهك فيه حق الغير ويشذ به عن قيم المجتمع علـــى أن يكون عمر هذا الطفل مناسباً للالتزام بالقوانين ، والسلوك العدواني هو الـــسلوك المستخدم فيه العنف الجسمي ضد الأشخاص مثل الضرب أو العض أو الركـــل بالقدم أو الخربشة وما إلى ذلك ، ويدخل ضمن السلوك العدواني الـــسرقة التـــي تشمل مواجهة مع الضحية كما في حالات الـــسلب أو الخطـــف أو الابتـــزاز أو السرقة تحت تهديد السلاح ، والاغتصاب الجنسي ونادراً القتل ، أما السلوك غير العدواني المضطرب فيتسم بغياب العنف الجسمي ضد الأشخاص مثل الـــسرقة التي لا تتضمن مواجهة مع الضحية والهروب من البيت أو المدرسة ، والكـــذب الدائم داخل البيت وخارجه ، وإدمان تعاطي مـــادة مـــا ، والتخريـــب المتعمـــد للممتلكات العامة أو التي تخص الآخرين أو إشعال الحرائـــق والنيـــران بـــشكل متعمد .

ويرى حسن عبد المعطى (٢٠٠١) أن اضطراب المسلك يمثل مجموعة ثابتة من السلوكيات والتصرفات التي تتطور مـــع مـــرور الـــزمن ، ويتـــصف أصحابها بالعدوانية وانتهاك حقوق الآخرين ، ويرتبط السلوك المنحرف بالعديـــد من الاضطرابات النفسية الأخرى من بينها اضطراب نقص الانتباه المـــصحوب بالنشاط الزائد ، والاكتئاب ، واضطرابات التعلم الأكاديمية ، كما يرتبط بعوامل نفسية اجتماعية مثل المستوى الاجتماعي الاقتـــصادي ، والقـــسوة ، والعقـــاب

الوالدي ، وعدم الانسجام الأسرى ، ونقص الإشراف والرعاية الملائمة ، ونقص الكفاءة الاجتماعية .

وتضيف الجمعية الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric Association (٢٠٠٠) أن اضطراب المسلك يُعد نمطاً من سوء السلوك المتكرر والمستمر الذي يكون أسوأ بكثير من السلوك الذي يمكن توقعه عادة من طفل في هذا العمر ، ومن بين المعالم الأساسية للاضطراب وجود نمط متواصل من السلوك يتم فيه انتهاك الحقوق الأساسية للآخرين ، والمعايير المجتمعية الكبرى الملائمة للعمر وقواعد المجتمع .

ويرى فريك Frick (٢٠٠١) أن اضطراب المسلك نمط متكرر ومزمن لسلوك معادى للمجتمع وسلوك عدواني يتم فيه انتهاك حقوق الآخرين أو المعايير المجتمعية الرئيسية أو كلاهما .

وعلى الرغم من أن شدة أو حدة الاضطراب يمكن أن تختلف بدرجة كبيرة بين الأطفال الذين لديهم الاضطراب ، فإن كثيراً من هؤلاء الأطفال يظهرون أوجه ضعف اجتماعية نفسية دالة ، وهذه الجوانب تشمل التحصيل الدراسي المتدني ، والعلاقات الاجتماعية الرديئة ، والصراع أو النزاع الشديد مع الوالدين والمعلمين ، والتورط في النواحي الإجرامية ، ووجود مستويات أو معدلات عالية للكرب أو المحنة النفسية ، وغير ذلك من الجوانب المتعددة التي تم توثيقها بالبحوث الكلينيكية .

ومعظم الأطفال الذين يرتكبون أعمال العنف يظهرون تاريخاً لسلوك معادى للمجتمع يتفق مع التشخيص الذي يفيد بوجود اضطراب المسلك ، ونتيجة

لذلك فإن فهم وعلاج الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك وتقديم العون لهم بدرجة فعالة يعتبر مكوناً على درجة كبيرة من الأهمية لأي خطة تهدف إلى تقليل العنف لدى هؤلاء الأفراد .

وينطبق اضطراب المسلك على الأطفال الذين يظهرون نمطاً متكرراً ومستمراً أو متواصلاً من الأعمال العدوانية الحادة التي لا تراعي الأعراف والقواعد السائدة في المجتمع والتي تتضمن أيضاً إلحاق الضرر والأذى والألم بالآخرين ، أو التدخل في حقوق الآخرين من خلال العدوان الجسدي واللفظي والسرقة أو ارتكاب أعمال العنف والتخريب .

ويرى كمال سيسالم (٢٠٠٢) أن اضطراب المسلك أحد أشكال الاضطرابات السلوكية ، ويتمثل هذا الاضطراب في صعوبة إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين ، واضطراب العلاقة أو نمط التفاعل مع الآخرين سواء الأهل أو الأخوة أو المدرسين أو الزملاء والأصدقاء والأقارب ، ويأخذ اضطراب العلاقة مع الآخرين الأشكال الآتية العدوان اللفظي أو الجسمي أو العدوان على الممتلكات ، والتخريب والفوضى ، والسلبية والبرود العاطفي ، وعدم تحمل المسئولية ، ومقاومة أو تحدى السلطات ، ولهذا فإن الطفل الذي يدخل ضمن نطاق هذه المجموعة من الاضطرابات هو الطفل الذي يتحدى السلطة ، وأولياء الأمور ، والمدرسين ، ورجال البوليس وغيرهم) ، وهو عدواني وحاقد وفظ وهجومي ومؤذ وإحساسه بالذنب محدود ، كما يميل هذا الطفل إلى الفوضى ، والتشاجر مع الآخرين ، وحب السيطرة .

ويعرف ماش وولف Mash & Wolfe (٢٠٠٧) اضطراب المسلك بأنه

نمط متكرر ومتواصل لسلوك يتم فيه انتهاك الحقــوق الأساســية للآخــرين أو المعايير المجتمعية غير الملائمة للعمر الزمني .

وهكذا يمكن القول بأن اضطراب المسلك نمط متكرر ومستمر لسلوك غير سوي يظهر لدى الأطفال والمراهقين يتم فيه انتهاك حقوق الآخرين أو القواعــد الاجتماعية الأساسية ، والطفل أو المراهق عادة يظهر هذه الأنماط السلوكية في عدد متنوع من الأماكن كالمدرسة والبيت ، وفى المواقــف الاجتماعيــة وهــذه الأنماط السلوكية تسبب ضعفاً أو عجزاً ذو دلالة في أدائه الوظيفي والدراسي أو الأكاديمي وأدائه في محيط الأسرة .

ويستخدم المتخصصون والباحثون مجموعة متنوعة مــن المــصطلحات لوصف اضطراب المسلك ، وهذه المجموعة تشمل السلوك الــذي يتــسم بعــدم الطاعة أو العصيان ، والعدوان ، ومعاداة المجتمع ، والتحــدي والمعارضــة ، والانحراف ، والمشكلات السلوكية .

ويذكر دافيسون ونيــال Davison & Neale (١٩٩٦) أن اضــطراب المسلك يغطى مدى واسعاً من السلوك الذي لا يخضع للتحكم ، وليس له تعريف واحد غير أن العامل المشترك الذي يربط بين أشكال السلوك التي تدخل ضــمن هذا الاضطراب كالعــدوان ، والكــذب ، والــسرقة ، والتــدمير ، والــصياعة Truancy هو انتهاك المعايير الاجتماعية والحقوق الأساسية للآخرين .

ويتفق عدد كبير من الباحثين على أن اضطراب المسلك يُعد مشكلة طبية نفسية شائعة في مرحلة الطفولة ولها حدوث متزايد في مرحلة المراهقــة وهــو مجموعة من الأعراض المرضية الطب نفسية Psychiatric Syndrome التــي

تحدث في مرحلة الطفولة وفي مرحلة المراهقة ، ويتميز هذا الاضطراب بوجود نمط مستمر يتمثل في خرق أو انتهاك القواعد ، كما يتمثل في السلوك المعـادى للمجتمع ، وكما هو مدرج في الدليل التشخيصي والإحـصائي الرابـع المعـدل للاضطرابات النفسية فإن الأعراض المرضية تتضمن بطريقة نمطية ما يلـي : العدوان ، والكذب المتكرر ، والهروب من البيت ليلاً ، وتـدمير الممتلكـات ، وهناك ما يقرب من ٦% إلى ١٥% من الأولاد ، وما يقرب من ٢% إلى ٤% من البنات تنطبق عليهم المعايير التشخيصية لاضطراب المسلك ، وأطباء الأسرة الذين يعالجون الأطفال يواجهون هذا الاضطراب ، ويرى سيارجت وآخـرون Searight et al. (٢٠٠١) أنه ينبغي أن يكون أطباء الأسـرة علـى درايـة ومعرفة بهذا الاضطراب للأسباب الآتية :

١- يقوم أطباء الأسرة بعلاج عدد كبير من الحالات الطبية النفسية بما في ذلـك مشكلات الصحة النفسية الشائعة لدى الأطفال .

٢- يعمل أطباء الرعاية الأساسية بمثابة مصادر لتحويل الأطفال إلـى مراكـز الصحة النفسية ، والتشخيص الفارقي الدقيق لاضطراب المسلك ، يمكـن الأطباء من تحويل المرضى إلى المتخصصين الفرعيين الرئيسيين .

٣- إن اضطراب المسلك يزيد من مخاطرة وجود العديد من مشكلات الـصحة العامة التي تتضمن العنف ، واستخدام السلاح ، وسوء استخدام المـادة ، والتسرب من التعليم ، وبالتالي فمن المهم أن يتم تحديد اضطراب المسلك وأن يبدأ التدخل العلاجي بأسرع ما يمكن .

ويستند النمط التشخيصي لاضطراب المسلك في التصنيف الدولي العاشر

للاضطرابات السلوكية والعقلية International Classification of Mental and Behavioral Disorders (ICD-10) الصادر عن منظمة الصحة العالمية بجنيف على مستويات مفرطة من المشاجرة أو البلطجة ، والقسوة على الحيوانات والناس ، والتدمير الشديد للممتلكات ، وإشعال الحرائق ، والهروب من البيت ، ونوبات من الغضب الحاد بين الحين والآخر وبطريقة غير عادية ، وسلوك ينم عن التحدي والاستفزاز ، وعصيان مستمر وشديد ، وأي نمط من هذه الأنماط إذا كان ملحوظاً أو متميزاً يكون كافياً للتشخيص ، ولا تكون الأعمال المعادية للمجتمع والمفصلة كافية للتشخيص ، وتتضمن معايير الاستبعاد الحالات المرضية غير الشائعة مثل الفصام ، والهوس ، والاضطراب الإنمائي السائد Pervasive Developmental Disorder (PDD) والاكتئاب ، واضطراب فرط الحركة ، ولا يوصى بهذا التشخيص ما لم يكن السلوك الموصوف آنفاً قد استمر لمدة ستة شهور أو أكثر (منظمة الصحة العالمية World Health Organization ، ١٩٩٢) .

وتحدد معايير التصنيف الدولي العاشر للاضطرابات السلوكية والعقلية القرار المتعلق بوجود اضطراب المسلك الذي ينبغي أن يأخذ في الاعتبار المستوى الإنمائي للطفل ، فعلى سبيل المثال فإن نوبات المزاج الحاد هي جزء عادى من نمو الطفل البالغ من العمر ثلاث سنوات ، وأن مجرد وجودها لا يكون سبباً أساساً للتشخيص، كما تميز معايير التصنيف بين أنماط متعددة من اضطراب المسلك فهناك اضطراب المسلك المقتصر على الأسرة ، واضطراب المسلك المشترك بين الجماعة ، واضطراب المسلك غير المشاع بين الجماعة .

ويفسر أحمد عكاشة (٢٠٠٣) هذه الأنماط الثلاثة كما يلي :

أ- اضطراب المسلك المقتصر على الأسرة **Conduct Disorder Confined to the Family Content**

يتضمن هذا النوع سلوكاً عدوانياً ومضاداً للمجتمع (ليس مجرد سلوك معارض أو متحدى أو مزعج) ، يقتصر فيه السلوك غير الطبيعي على المنزل ، وعلى التفاعلات مع أعضاء العائلة المعاشرين للطفل ، ويتطلب تشخيص هذا النمط ألا يكون هناك اضطراب في المسلك ذو دلالة خارج إطار العائلة ، وأن تكون علاقات الطفل الاجتماعية خارج إطار العائلة في النطاق الطبيعي .

ب- اضطراب المسلك المشاع أو المشترك بين الجماعة :

Socialized Conduct Disorder

يحدث هذا النمط بين الأفراد جيدي التوافق مع أقرانهم ، ويتضمن سلوكاً عدوانياً مضاداً للمجتمع ، وليس مجرد مجموعة من السلوكيات المعارضة والمتحدية والمزعجة ، والسمة الجوهرية المميزة لهذا النمط هي وجود صداقات معمرة مع أقران المجموعة العمرية نفسها تقريباً ، وتتكون مجموعة الأقران من الصغار الآخرين المتورطين في نشاطات منحرفة وضد اجتماعية (وفي هذه الحالة يكون تصرف الطفل المرفوض اجتماعياً مقبولاً من مجموعة أقرانه ، وتنظمه الثقافة التحتية التي ينتمي إليها) .

جـ- اضطراب المسلك غير المشاع أو غير المشترك بين الجماعة :

Unsocialized Conduct Disorder

يتميز هذا النوع من اضطراب المسلك في كونه يربط بين سلوك غير اجتماعي أو عدواني مستمر ، واضطراب دال ومنتشر في علاقات الفرد مع الآخرين ، والسمة المميزة لهذا الاضطراب هي عدم الانخراط المؤثر مع

الأقران ، ويستدل على اضطراب العلاقات مع الأقران أساساً بالانعزال عن الأطفال الآخرين أو بالمواجهة بالرفض من قبلهم ، وغالباً ما ينتشر الاضطراب عبر عديد من المواقف ، ولكن قد يكون أكثر وضوحاً في المدرسة ، كذلك إذا اختص الاضطراب بمواقف بخلاف المنزل فإن ذلك يتناسب مع التشخيص .

ويقسم الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorder (DSM-IV) اضطراب المسلك من حيث وقت الحدوث إلى نوعين :

١- اضطراب المسلك الذي يبدأ حدوثه في مرحلة الطفولة :

Childhood - Onset Conduct Disorder

٢- اضطراب المسلك الذي يبدأ حدوثه في مرحلة المراهقة :

Adolescence - Onset Conduct Disorder

وفيما يلي تناول هذين النوعين بشئ من التفصيل :

١- اضطراب المسلك الذي يبدأ حدوثه في مرحلة الطفولة :

الأطفال الذين يحدث لديهم هذا النمط يكونون غالباً من الذكور ، وحدوث الاضطراب لا يرتبط بدرجة قوية بالمستوى الاجتماعي الاقتصادي ، ويميل هؤلاء الذكور إلى أن يكونوا أكثر عدوانية بدرجة أكبر من الأفراد الذين يحدث لهم اضطراب المسلك في مرحلة المراهقة ، والغالبية العظمى من الأفراد الذين يحدث لهم اضطراب المسلك في مرحلة الطفولة تنطبق عليهم المعايير الخاصة باضطراب الشخصية المعادية للمجتمع ، ويتم حبسهم أو سجنهم غالباً ، وعلى الرغم من أن اضطراب المسلك الذي يحدث في مرحلة الطفولة يشكل نسبة تتراوح من ٣% : ٥% فقط من بين الأفراد الذين لديهم اضطراب المسلك فيعتقد أن ذلك يفسر على الأقل نصف الجرائم أو المخالفات التي يرتكبها الآثمون

الصغار Young Offenders ، ويبدو أن هناك مجموعة مركبة من العوامل البيولوجية ، والعوامل الاجتماعية النفسية التي تتفاعل لكي تسبب الاضطراب ، فأوجه السلوك المضطرب تظهر مبكراً في مرحلة الطفولة وتكون عادة على شكل سلوك سلبي وعدواني ، ويدل على التحدي ، وتلك سمة من سمات اضطراب العناد والتحدي Oppositional Defiant Disorder (ODD) ، وعندما يكبر الطفل يكون هناك عادة تصعيد لسلوكيات تتميز بدرجة أكبر على أنها تميز اضطراب المسلك ، ولاسيما الكذب والعراك أو القتال والسرقة ، ويكون هؤلاء الأطفال أكثر احتمالاً بأن يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) ، وصعوبات التعلم ، والتحصيل الدراسي السيء ، وهناك نتيجة متسقة في البحوث تشير إلى أن الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد من المحتمل أن يكون لديهم مشكلات سلوكية تمتد إلى مرحلة الرشد (موجان Maughan ، ٢٠٠٤) .

وفيما يتعلق بالتسلسل النمائي Developmental Progression فإن اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (ADHD) يتبع باضطراب العناد والتحدي (ODD) ثم باضطراب المسلك (CD) ، والارتباط بين اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، واضطراب المسلك يكون قوياً على نحو خاص بالنسبة للأولاد ، وذلك على الرغم من أن الفتيات يظهرن مخاطرة أعلى من الأولاد في حدوث اضطراب المسلك لديهن ، وذلك إذا كان لديهن اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، وإذا كان سوء استخدام المادة مصاحباً لاضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، فإن

اضطراب المسلك يكون منبئ أو مؤشر بحدوث السلوك العنيف بالنسبة للأولاد ، وبالتالي فإن العلاج المبكر لاضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، واضطراب العناد والتحدي وسوء استخدام المادة هو عنصر هام في علاج اضطراب المسلك (لوبير وكينان Loeber & Keenan ، ١٩٩٤) .

والأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك يظهرون أيضاً أشكالاً أخرى من الفروق الطب نفس عصبية Neuropsychiatry ، والفروق العصبية البيولوجية Neurobiological مثل المستويات المنخفضة أو المتدنية للسيروتونين Serotonin وذلك يؤيد الفكرة التي تفيد بأن اضطراب المسلك الذي يحدث في مرحلة الطفولة يكون بيولوجياً عصبياً في منشأه ، وعندما يكبر الأطفال الذين لديهم هذا النوع من الاضطراب تصبح إساءاتهم أكثر حدة على سبيل المثال اقتحام المنازل ودخولها وسرقة البضائع النفيسة ، وممارسة الجنس بالقوة ، ويكون لديهم حدوث عالي لسوء استخدام المادة ، وتواريخ تدل على زيجات متعددة ، وإساءة جسمية لزوجاتهم وشركائهم وأطفالهم (ماثيوس ولكمان Matthys & Lochman ، ٢٠١٠) .

ويؤكد جمعة يوسف (٢٠٠٠) على أن أهم ما يميز اضطراب المسلك الذي يحدث في مرحلة الطفولة هو حدوث أو ظهور محك واحد مميز لاضطراب المسلك قبل عمر ١٠ سنوات ، وأن يظهر هؤلاء الأطفال عدواناً بدنياً تجاه الآخرين ، ويحكمون علاقاتهم بزملائهم ، ويكون لديهم عادة أعراض تستوفي المحكات التشخيصية لاضطراب المسلك قبل البلوغ ، ويحتمل أن يصبح لدى هؤلاء الأفراد اضطراب مستمر في المسلك ، وقد يتطور الاضطراب إلى اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع في الرشد .

وبصفة عامة فإن الأطفال الذين يحدث لديهم اضطراب المسلك في مرحلة الطفولة يمكن تمييزهم عن الأفراد الذين يحدث لهم اضطراب المسلك في مرحلة المراهقة وذلك من خلال تاريخهم الطويل في العدوان والأعمال المعادية للمجتمع مثل الشجار أو العراك والتزويغ أو الهروب من المدرسة والسرقة وسوء الاستخدام المبكر للمادة وإيداعهم في دور الرعاية وتكرار تلك السلوكيات السابقة .

٢- اضطراب المسلك الذي يبدأ حدوثه في مر حلة المراهقة :

يقدم الأفراد الذين لديهم اضطراب المسلك من النوع الذي يحدث في مرحلة المراهقة جانباً كلينيكياً مختلفاً ، ففي هذا النوع يبدو أن العوامل الثقافية الاجتماعية مثل تأثير الفقر ، ومجموعات الرفاق تكون مسئولة بدرجة كبيرة عن السلوكيات الناتجة ، وهؤلاء الأفراد لا يكون لديهم مشكلات خطيرة عادة قبل مرحلة المراهقة وأثناء سنوات ما قبل المدرسة وسنوات عمر المدرسة ، ويميل هؤلاء الأفراد أن يظهروا السلوك الذي ينم عن المعارضة أو المشكلات الاجتماعية والأكاديمية والمجتمعية ، وهذه النتيجة تتفق تماماً مع معايير الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية (DSM-IV-TR) لدرجة أن اضطراب المسلك الذي يحدث في مرحلة المراهقة لا يتطلب وجود أي معايير مميزة لاضطراب المسلك قبل سن العاشرة والسلوك غير القانوني الذي ينم أو يدل على المعارضة يبدأ أثناء مرحلة المراهقة ويتجه إلى الحدوث في بيئة جماعية ، ويتضمن اضطراب المسلك الذي يحدث في مرحلة الطفولة الأولاد بدرجة كبيرة جداً ، بينما الفتيات يتم تضمينهن في مجموعة اضطراب المسلك الذي يحدث في مرحلة المراهقة ، ويتضمن هذا النمط أيضاً الشباب الذي ينحدر

من أسر فقيرة والذي يسكن في مناطق حضرية ويمثلوا الأقليات ، ولا يكون لدى هؤلاء الأفراد مشاكل حادة في التعليم أو أوجه عجز تتعلق بالنمو ، أو مشكلات طبنفسية عصبية ، أو تاريخ أسرى يدل على سلوك معادى للمجتمع ، وتلك سمات يظهرها الأفراد الذين لديهم اضطراب المسلك الذي يحدث في مرحلة الطفولة ، ومن الممكن أن يكون اضطراب القلق حالة مرضية مشتركة مع اضطراب المسلك ولاسيما لدى الفتيات المراهقات (ولفندن وآخرون Woolfenden et al. ، ٢٠٠٢) .

ويميز الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية بين الحدوث المبكر ، والحدوث المتأخر لاضطراب المسلك ؛ حيث يكون الحدوث المبكر أكثر شيوعاً لدى البنين عن البنات ويميل إلى الاستمرار مع تكهن مرضى أسوأ ، والحدوث المتأخر أي الذي يحدث في مرحلة المراهقة ينتشر بدرجة متساوية بين البنين والبنات ويميل إلى أن يكون محدود الوقت ، كما يميز الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية أيضاً بين الحدوث المبكر والحدوث المتأخر للاضطراب على أساس حدة أو شدة الأعراض المرضية ؛ حيث إن السلوك المنحرف والأكثر شدة أو حدة يتنبأ بنتيجة رديئة .

وعلى وجه العموم فإن سير المرض يكون جيداً بالنسبة للأفراد الذين لديهم اضطراب المسلك الذي يحدث أو يظهر في مرحلة المراهقة ، ولكنه يكون سيئاً أو رديئاً بالنسبة للأفراد الذين يحدث لهم اضطراب المسلك في مرحلة الطفولة ، واضطراب المسلك الذي يحدث في مرحلة المراهقة يحدد بغياب أي محك مميز لاضطراب المسلك قبل عمر ١٠ سنوات ، والأفراد الذين يعانون منه أقل احتمالاً لظهور السلوكيات العدوانية ، وكذلك أقل احتمالاً للتحول إلى المصير المزمن ،

أو التحول إلى اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع في الرشد ، ونسبة انتشار هذا الاضطراب في الذكور إلى الإناث أقل عما هو في النوع السابق (ديك وآخرون .Dick et al ، ٢٠٠٥) .

المسارات الإنمائية لاضطراب المسلك :

وثقت البحوث مسارين إنمائيين متميزين بطريقة متسقة يحدث من خلالهما للأطفال اضطراب المسلك ، ولكل مسار وقت محدد أي أنهما يختلفان في التوقيت الذي تبدأ فيه الأعراض المرضية في الظهور .

المسار الأول : النمط الذي يبدأ حدوثه في مرحلة الطفولة :

يُظهر الأطفال الذين يندرجون تحت هذا المسار سلوكاً حاداً معادياً للمجتمع في مرحلة المراهقة ، ويظهرون أيضاً قابليات نفسية اجتماعية Psychosocial Vulnerabilities ثابتة على سبيل المثال أوجه ضعف نفسية عصبية Neuropsychological Impairments ، وخلل أسرى ، ويكونون في مخاطرة كبيرة من جراء الاستمرار في إظهار نمط حاد من السلوك المعادى للمجتمع يستمر حتى مرحلة الرشد (موفيت وآخرون .Moffitt et al ، ٢٠٠١) .

المسار الثاني : النمط الذي يبدأ حدوثه في مرحلة المراهقة :

يميل الأطفال الذين يندرجون تحت هذا النمط إلى أن يظهروا بداية مفاجئة لمشكلات سلوكية حادة تتزايد مع بداية مرحلة المراهقة ، ويكون لديهم خلفيات أسرية مختلة إلى حد ما ، ومن المحتمل أن يكون لديهم أيضاً أوجه عجز معرفي ، ومشكلات في الاندفاعية والنشاط الزائد ، ويظهرون توافق أفضل وهم في مرحلة الرشد عما هو الحال لدى نظرائهم الذين يندرجون تحت نمط اضطراب المسلك الذي يبدأ حدوثه في مرحلة الطفولة (فريك Frick ، ٢٠٠١) .

وهذه الفروق الجوهرية بين الأطفال في المسارين الإنمائيين قد أدت إلى نماذج نظرية تفترض ميكانيزمات سببية مختلفة جداً تؤدي إلى حدوث اضطراب المسلك لدى هذه المجموعات ، فعلى سبيل المثال اقترح موفيت وآخرون Moffitt et al. (٢٠٠١) أن الأطفال الذين في مجموعة بداية حدوث اضطراب المسلك في مرحلة الطفولة يحدث لهم اضطراب المسلك من خلال عملية تفاعلية أو تبادلية يمر فيها الطفل الذي لديه قابلية لتجربة تتسم ببيئة ناقصة في التربية ، وهذه العملية التبادلية المختلفة تؤدى إلى قابليات دائمة عند هؤلاء الأطفال تؤثر بطريقة سلبية على توافقهم النفسي الاجتماعي خلال مراحل حياتهم وعلى العكس فإن الأطفال الذين ينتمون إلى مسار بداية حدوث الاضطراب في مرحلة المراهقة لا ينظر إليهم على أنه لديهم قابليات ثابتة أو مستمرة تبرز بوضوح وجود اضطراب المسلك لديهم ، وبدلاً من ذلك ينظر إلى سلوكهم المضاد للمجتمع على أنه نوع من المبالغة لعملية إنمائية عادية لتكوين الهوية التي تحدث في مرحلة المراهقة ، واشتراكهم في سلوكيات مضادة للمجتمع يتم فهمها على أنها محاولة غير موجهة توجهاً سليماً للحصول على إحساس ذاتي بالنضج ، ويتم تشجيع ذلك بواسطة مجموعة الأقران ذوى السلوك المعادى للمجتمع ، وعلى الرغم من أن هذا التحيز قد اكتسب قبولاً واسع الانتشار إلى حد ما ، كما يستدل على ذلك من خلال تضمينه في المعايير التشخيصية لاضطراب المسلك في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية .

وعلى وجه التحديد فإن السمات القاسية غير الانفعالية Callous Unemotional Traits قد تظهر بوضوح داخل مجموعة الأفراد الذين يبدأ لديهم اضطراب المسلك في مرحلة الطفولة والذي يكون سلوكهم مرتبطاً بدرجة أقوى بطبع أو مزاج معروف بالكف السلوكي المنخفض ، ويتميز الكف السلوكي

المنخفض أو المتدني من الناحية الفسيولوجية بالنشاط المنخفض للجهاز العصبي الذاتي ، ويتميز من الناحية السلوكية بالخوف من المواقف الجديدة التي تبعث على التهديد (المواقف التهديدية) ، هذا بالإضافة إلى استجابة رديئة لدلائل أو إشارات العقاب (لوبير وفارنجتون Loeber & Farrington ، ٢٠٠٠) .

ويتفق ذلك مع نتائج البحوث التي أوضحت أن الشباب الذي لديه اضطراب المسلك ، والذي يظهر معدلاً عالياً في السمات القاسية وغير الانفعالية يفضل الأنشطة التي تبحث عن الإثارة والمغامرة (أي الخوف المنخفض) ، وهؤلاء الشباب يكونون أقل إحساساً بمفاتيح أو دلائل العقاب مقارنة بالدلائل المتعلقة بالثواب أو المكافأة ، ويكونون بصفة عامة أقل تفاعلاً أو استجابة للمثيرات الانفعالية السلبية عن الأطفال الآخرين ذوى اضطراب المسلك (بلاير Blair ، ١٩٩٩) .

والأطفال الذين يبدأ لديهم اضطراب المسلك في مرحلة الطفولة والذين لا يظهرون معدلات عالية للسمات القاسية وغير الانفعالية قد يعرضون بدلاً من ذلك تنظيم سلوكي وانفعالي رديء يتميز بسلوك اندفاعي إلى حد كبير ، ومثل هذا التنظيم أو الضبط الانفعالي الردئ يمكن أن ينتج من عوامل سببية تفاعلية متعددة مثل التنشئة الاجتماعية الناقصة في البيئات التي تربوا فيها (ووتون وآخرون Wootton et al. ، ١٩٩٧) ، وكذلك أوجه عجز في ذكائهم اللفظي والذي يجعل من الصعب عليهم تأجيل الإشباع أو الإرضاء وتوقع النتائج ، ويؤدى التنظيم الانفعالي الردئ إلى تصرفات اندفاعية وعدوانية غير مخطط لها ومن الممكن أن يؤدى أيضاً إلى أعمال معادية للمجتمع يواجه الطفل فيها صعوبة في السيطرة على هذه الأعمال أو صعوبة في التحكم في تصرفاته ، ومثل هذه

المشكلات تجعل الطفل معرضاً للغضب على نحو خاص نظراً للاستفزازات من جانب الآخرين أو الأقران مما يؤدى إلى أعمال عنيفة وعدوانية (فريك Frick ، ٢٠٠١) .

أعراض الاضطراب :

تشمل أعراض اضطراب المسلك سلوكيات تنتهك الحقوق الأساسية للآخرين وانتهاك الأعراف والتقاليد الملائمة للسلوك الاجتماعي المناسب ، كما تتضمن الأعراض ممارسة البلطجة والتهديد أو بث الرعب في نفوس الآخرين ، والبدء في المشاجرات البدنية واستخدام الأسلحة في هذه المشاجرات ، والاشتراك في أعمال السرقة والنهب والاقتحام ، وتتضمن الأعراض أيضاً الإساءة الجسدية للناس والحيوانات ، وإجبار الآخرين على ممارسة النشاط الجنسي معهم ، كما تتضمن الأعراض أيضاً الكذب ، وعدم الوفاء بالوعود ، والمخالفة الدائمة للقوانين التي يضعها الوالدين أو الأهل بشان السهر خارج المنزل ، وتشمل الأعراض أيضاً الهروب من البيت ، وإشعال الحرائق عن عمد ، والتخريب ، وتدمير ممتلكات الآخرين عن قصد ، والهروب من المدرسة (الجمعية الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric Association ، ٢٠٠٠) .

وتتباين أعراض اضطراب المسلك باختلاف الجنس (النوع) فالعدوان والشجار والسرقة وتخريب الممتلكات ، والمشكلات المدرسية أكثر شيوعاً لدى الأولاد ، بينما الكذب ، والهروب من البيت ، والانحراف الجنسي أكثر شيوعاً لدى الإناث ، كما تتباين أعراض الاضطراب باختلاف المرحلة العمرية فسلوكيات الكذب والسرقة من المحلات ، والمشاجرات البدنية تظهر أولاً ، بينما

السلوكيات الأكثر شدة أو حدة مثل السطو على المنازل تظهر فيما بعد ، والشكل النمطي المعتاد أن معظم المشكلات السلوكية الشديدة كالاغتصاب والسرقة في مواجهة الضحية تميل للحدوث متأخرة ، أما من حيث البداية والمسار فيبدأ اضطراب المسلك في عمر خمس أو ست سنوات غير أن المعتاد هو أن يبدأ في مرحلة الطفولة المتأخرة أو المراهقة المبكرة ، والحدوث نادر بعد سن ١٦ سنة ، ومسار الاضطراب متغير ؛ حيث يتحسن لدى غالبية الأفراد عند الوصول إلى مرحلة الرشد ، وعلى الرغم من ذلك هناك نسبة جوهرية من الحالات تستمر في القيام بأشكال من السلوك في مرحلة الرشد تستوفي محكات اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع (الجمعية الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric Association ، ١٩٩٤) ، والأطفال الذين لديهم هذا الاضطراب يكونون في الغالب عدوانيين ، وقد يكونون قاسيين بدرجة خاصة على الأشخاص أو الحيوانات بقصد إيذائهم جسمياً ، ويتعمدون تدمير ممتلكات الآخرين ، ويكذبون ، ويغشون ، ويهربون من المدارس ، ويهربون أيضاً من البيوت ، والكثير منهم يسرق ضحيته ، ويهددون ضحاياهم ، ويلحقون بهم الأذى ، ويرتكبون جرائم مثل السرقة من المحلات ، والتزوير ، واقتحام المنازل أو السيارات ، والابتزاز ، والبلطجة ، والسرقة المسلحة ، وعندما يكبرون في السن يمتد عنفهم الجسمي ليشمل الاغتصاب والهجوم (الجمعية الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric Association ، ٢٠٠٠) ، ومن أهم المعالم الرئيسية لاضطراب المسلك ما يلي :

١- يشترك الأطفال ذوى اضطراب المسلك في سلوكيات حادة وخطيرة مثل القتل ، وإشعال الحرائق ، وأيضاً عرض مشكلات أقل حدة مثل عدم

الامتثال ، ونوبات الغضب الحاد .

٢- يمر الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك بمشكلات مصاحبة لاضطرابهم مثل اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، وأوجه العجز الأكاديمي أو الدراسي ، والعلاقات الرديئة مع الأقران .

٣- تتبع أسر هؤلاء الأطفال غالباً ممارسات في تربية الأطفال تساهم في تصاعد المشكلة مثل العقاب الحاد أو العنيف ، وهذه الأسر أيضا تعاني من المشكلات والضغوط النفسية نتيجة الخلافات الزوجية ، أو التنافر بين الزوجين إلى جانب المشكلات النفسية .

٤- يشعر أهل هؤلاء الأطفال بأن أطفالهم لا يمكن السيطرة عليهم ، ومن ثم يشعرون بالعجز وقلة الحيلة عندما لا يستطيعون أن يفعلوا أي شيء حيال ذلك .

ويتسم اضطراب المسلك بوجود أربعة أنواع للأعراض المرضية تتمثل في :

١- العدوان أو التهديدات الخطيرة لإيذاء أو إلحاق الضرر بالناس والحيوانات .

٢- الإتلاف المتعمد للممتلكات أو تدميرها على سبيل المثال إشعال الحرائق أو أعمال التخريب .

٣- الانتهاك المتكرر لقواعد البيت أو المدرسة وخرق القوانين أو كلاهما .

٤- الكذب المستمر لتجنب العواقب أو للحصول على أشياء ملموسة أو مزايا .

ويؤكد الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية بأنه ينبغي وجود ثلاث سلوكيات على الأقل وذلك لعمل التشخيص ، والسلوكيات

المنعزلة على سبيل المثال السرقة من المحلات التجارية ، وتجريب تدخين الماريجوانا ، وشرب الخمر تعتبر من السلوكيات الشائعة ، كما أن هناك أعمال نوعية معادية للمجتمع قد تحدث لدى ما يقرب من ٨٠% من الشباب ، وعلى العكس فإن تشخيص اضطراب المسلك يتطلب تاريخاً مستمراً أو متواصلاً يفيد بوجود سلوكيات تولد العديد من المشكلات ، والمعالم المرتبطة باضطراب المسلك تتضمن عدم القدرة على تقدير أهمية سعادة الآخرين ، ووجود القليل من الشعور بالذنب أو تأنيب الضمير فيما يتعلق بإلحاق الأضرار بالآخرين ، فالمراهقين الذين لديهم اضطراب المسلك يطورون مهارات تأنيب الضمير بدرجة واضحة وذلك لكي يحصلوا على خدمة أو يتجنبوا العقاب ، كما أنهم ينظرون إلى الآخرين على أنهم مصدر تهديد لهم أو على أنهم حقودين ونتيجة لذلك فإن هؤلاء الأطفال وهؤلاء المراهقين يغضبون فجأة بطريقة قد يستفيدون منها قبل أن يستفيد منها غيرهم ، كما يبدون أيضاً العدوان بدون استثارة أو بدون استفزاز ، وينبغي على الأطباء أن يكونوا قادرين على أن يميزوا بين المخاطرة العادية التي يقدم عليها المراهقين ، وبين السلوك المعادى للمجتمع والذي يستمر لفترات طويلة ، ومن بين الأفراد الذين تتراوح أعمارهم الزمنية بين ١٠ إلى ١٤ سنة تعتبر العديد من السلوكيات المتعلقة بالصحة والتي تتضمن تدخين السجائر ، والنشاط الجنسي ، وشرب الخمور ، واستخدام المخدرات بمثابة أعلام حمراء لاضطراب المسلك .

والأعراض المرضية لاضطراب المسلك دون الكلينيكي أو الأعراض التي لها بداية حديثة قد تكون سهلة الإرشاد والعلاج ، ومع ذلك فإن السلوك الأكثر خطورة والمستمر الذي يتضمن العدوان ، والأعمال غير القانونية ، وسوء

استخدام المادة ، وغيرها من الأعمال الضارة ينبغي إحالتها أو تحويلها لمتخصص أو أخصائي في الصحة النفسية ، وفي حالة وجود سوء استخدام المادة كحالة مرضية مشتركة مع اضطراب المسلك ينبغي أن يكون العلاج الأولى هو التوقف عن استخدام المخدر وقد يتضمن ذلك تعاطي بعض الأدوية لتقليل نسبة السموم في الدم ، وذلك قبل عملية التأهيل .

ويشترك اضطراب المسلك واضطراب الشخصية المعادية للمجتمع Antisocial Personality Disorder في وجود سلوك عدواني متواصل ، وسلوكيات غير مراعية للأعراف والقواعد السائدة في المجتمع ، وإذا حدث ذلك في مرحلة الطفولة فإنه يعتبر نذيراً بحدوث اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع في مرحلة الرشد ، وهذا الاضطراب هو نمط سائد يتسم بعدم المبالاة ، والانتهاك لحقوق الآخرين ، هذا بالإضافة إلى الاشتراك أو التورط في سلوكيات غير قانونية متعددة (الجمعية الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric Association ، ٢٠٠٠) ، وهناك نسبة تصل إلى ٤% من الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك يحدث لهم اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع عندما يكبرون (في مرحلة الرشد) ، وبالإضافة إلى سلوكياتهم المبكرة المعادية للمجتمع ، فإن الأفراد الراشدين الذين لديهم اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع يظهرون أيضاً حالة مرضية نفسية يتم تعريفها على أنها نمط لسلوك متصلب ومخادع ينم أو يتسم بالتلاعب والمداهنة (سوتكر Sutker ، ١٩٩٤) .

ولا يعير المراهقون الذين لديهم اضطراب المسلك الآخرون المحيطون بهم أي نوع من الاهتمام ، فهم لا يشعرون بالحرج ، وهذا يوحي بالفشل في كبح الانفعالات والأعمال تمشياً مع الأعراف الاجتماعية ، وهذه النتائج تشير إلى

وجود مجموعة فرعية من الأطفال ذوى اضطراب المسلك يقترفون أو يرتكبون أعمالاً عدوانية تتعارض مع القواعد والأعراف السائدة في المجتمع ويكشفون عن أسلوب قاسي وغير انفعالي (بارد) في علاقاتهم البينشخصية Callous and Unemotional Interpersonal Style (CU) ، ويتسم هذا الأسلوب بوجود سمات تتلخص في قلة الشعور بالذنب ، وعدم إظهار المشاركة الوجدانية ، وعدم إظهار العواطف والانفعالات الإنسانية ، وغيرها من السمات المرتبطة بالنرجسية والاندفاعية ، ويفضل هؤلاء الأطفال الأنشطة الجديدة وغير المألوفة والمهلكة ويكون لديهم إحساس متضائل بدلالات الحذر والعقاب عند السعي إلى الإثابات أو المكافآت (فريك وإليس Frick & Ellis ، ١٩٩٩) .

ويعرض فريك Frick (٢٠٠٠) السلوكيات التي تشكل هذه السمات في الجدول التالي .

جدول (١)

السمات القاسية التي تتسم أو تتميز بعدم الانفعال في العلاقات البينشخصية

السمة	المضمون أو البعد
السمات القاسية غير الانفعالية	- عدم الاكتراث بمشاعر الآخرين . - عدم الشعور بالذنب بسبب الأعمال المشينة . - عدم الاهتمام بمستوى الأداء المدرسي . - عدم الوفاء بالوعود . - لا يظهر المشاعر أو الانفعالات أو العواطف . - لا يحتفظ بنفس الأصدقاء .

المضمون أو البعد	السمة
- يغيظ أو يسخر من الآخرين . - يغضب عندما يتم تصحيح سلوكه أو إرشاده أو معاقبته . - يمكن أن يكون ساحراً أو رائعاً في أحياناً ولكن بطرق تبدو أنها غير مخلصة . - يستغل أو يخدع الآخرين للحصول على ما يريد . - يعتقد أنه أهم من الآخرين ويتباهى بدرجة زائدة عن الحد بقدراته وانجازاته أو ممتلكاته .	السمات النرجسية
- يتصرف بدون تفكير في النتائج . - يترك الأشياء بدون تخطيط حتى آخر دقيقة . - يشترك في أنشطة بها قدر كبير من المخاطرة . - يلوم الآخرين عن الأخطاء التي يرتكبها هو . - يصاب بالملل أو السأم بسهولة .	الاندفاعية

ويكشف الأطفال الذين لديهم الأسلوب القاسي غير الانفعالي أو البارد (CU) – رغم ذكائهم العالي– عن عدد كبير من المشكلات السلوكية ويتم القبض عليهم مرات عديدة من جانب الشرطة ، وأهل هؤلاء الأطفال لديهم تاريخ يفيد بدرجة كبيرة جداً بوجود الشخصية المعادية للمجتمع ، وذلك بدرجة أكبر من أهل الأطفال الآخرين الذين لديهم مشكلات سلوكية فقط ، وتوحي البحوث أن الميكانيزمات الإنمائية Developmental Mechanisms المختلفة تبرز المشكلات السلوكية والنفسية التي يتم رؤيتها عند الأطفال ذوى اضطراب المسلك

والذين يظهرون أيضاً الأسلوب القاسي غير الانفعالي (CU) في تفاعلاتهم البينشخصية (فريك وآخرون .Frick et al ، ٢٠٠٣) .

ويرتبط الأسلوب القاسي غير الانفعالي (CU) بأشكال في مرحلة الرشد تتعلق بالسيكوباتية Psychopathy (ماش وولف Mash & Wolfe ، ٢٠٠٧) .

ولزيادة معرفتنا أو فهمنا لمعايير الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية المتعلقة باضطراب المسلك أو اضطراب العناد والتحدي ، يعرض ماش وولف Mash & Wolfe (٢٠٠٧) قائمة بالأعمال العدوانية والمعارضة للمجتمع التي يقوم بها بارت سيمبسون Bart Simpson وهو شخصية كارتونية تليفزيونية ينطبق عليها تشخيص اضطراب المسلك ، واضطراب العناد والتحدي طبقاً لمعايير الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية .

- يضع مادة داخل التواليت بحيث إذا استخدم احد التواليت يخرج رذاذ من التواليت ليوسخ ملابسه أو يطرطش على وجهه .
- يقوم بعمل أشياء مهينة بشكل مقزز وتدعو للاستفزاز .
- يفك غطاء الملاحة أو المملحة (وعاء يوضع فيه الملح لوضعه على السفرة أثناء الأكل لتمليح الطعام إذا دعت الحاجة) ولا يربطه بإحكام بحيث إذا أراد شخص أن يستخدمها تسقط كمية كبيرة من الملح على الطعام فتفسده .
- يشعل النار في رابطة عنق زميله .
- يقوم بعمل خدع على الأطفال ليأخذ الحلوى منهم .

- يدعى أنه تيمى Timmy الذي وقع في البئر .
- يشد السجادة حتى يقع الأطفال .
- يلعب مع جده ثم يكسر له طاقم الأسنان الخاص به .
- يسرق محفظة ومفاتيح زميله ويلقيها في التواليت .
- يقطع أو يقص شعر الطفلة ماجى Maggie .
- يرسم خطوط عريضة وكبيرة في ساحة انتظار السيارات .
- يقوم بوضع ماء في سيارة معلمه .
- يهشم أو يكسر زجاج نافذة معلمه .
- يحكى أنه رمى البريد في البالوعة .
- يتصل برقم تليفون شرطة النجدة ليجلب المشاكل لجليسة الأطفال Babysitter .

يتضح من خلال العرض السابق لمجموعة السلوكيات التي قام بها بارت سيمبسون Bart Simpson أن هذه السلوكيات تنم عن مجموعة من الأعراض المرضية تتمثل في العدوان ، وتدمير الممتلكات ، والمكر ، والخداع ، والانتهاك الخطير للقواعد ، وهذه الأعراض تؤهل بارت بسهولة لكي يتم تشخيصه بأنه يعانى من اضطراب المسلك ، ويكشف لنا بارت أيضاً عن أعراض تفيد في تشخيص اضطراب العناد والتحدي ، ولكن هذا التشخيص لا يتم عمله عندما تنطبق عليه المعايير الخاصة باضطراب المسلك .

الاضطرابات والأعراض المرضية المصاحبة :

لا يحدث اضطراب المسلك بمَعزل عن اضطرابات طبية نفسية أخرى

وهذا ما يطلق عليه الحالة المرضية المشتركة ، والتي تكون شـائعة فـي هـذا الاضطراب ، وربما يكون أكثر هذه الحـالات المرضـية المـشتركة شـيوعاً اضطراب نقص الانتبـاه المـصحوب بالنـشاط الزائـد Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) ؛ حيث ينتشر لـدى البنـين اضـطراب المسلك واضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، وهذا يكون له تكهن مرضى أسوأ بدرجة كبيرة من البنين أو الأولاد الـذين يحـدث لهـم أي مـن الاضطرابين بمفرده (جينسين وآخرون .Jensen et al ، ١٩٩٧) .

ويلاحظ أيضاً وجود حالة مرضية مشتركة تتمثل في وجود قلق واكتئـاب مع وجود تركيبة من اضطراب المسلك والاكتئاب ، ومن المعـروف أن ذلـك يؤدى إلى مخاطرة عالية لسوء استخدام المادة وارتفاع حالات الوفيات المرتبطة بها (أنجولد وكوستللو Angold & Costello ، ١٩٩٣) ، وهناك أيضاً ارتباط قوى بين اضطراب المسلك وسوء استخدام المادة بطريقة مستقلة عـن علاقـة اضطراب المسلك بالاكتئاب ، ويوحي الدليل أن اضطراب المـسلك يـسبق أو يتصادف حدوثه بدرجة وثيقة مع بداية حدوث سوء استخدام المـادة (أنجولـد وآخرون.Angold et al ، ١٩٩٩) ، وعلى الـرغم مـن أن الارتبـاط بـين اضطراب المسلك وصعوبة التعلم Learning Disability لم يتم إثباته بدرجـة واضحة إلا أن هناك ارتباط شائع بين اضطراب المسلك وبين وجود عجز نوعى في القراءة أو صعوبة في القراءة Reading Disability لدرجة أنه في البنـين يعتبر السلوك المشين أو الفوضوي Disruptive Behavior مخاطرة لمـشكلات تحدث فيما بعد في القراءة ، بينما في الفتيات فإن صعوبة القراءة تعتبر مخاطرة لسلوك انحرافـي Delinquent Behavior فيمـا بعـد (موجـان وآخـرون

Maughan et al. ، ١٩٩٦) .

ويعاني معظم الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك من اضطراب أو أكثر من الاضطرابات الإضافية ، وفي الغالب يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، والاكتئاب والقلق ، وفيما يلي توضيح ذلك .

١- اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد :

Attention Deficit Hyperactivity Disorder

يرى كلارك Clarke (٢٠٠٩) أن حوالي ٥٠% من الأطفال ذوى اضطراب المسلك يكون لديهم أيضاً اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، ويرجع هذا التداخل إلى مجموعة من الأسباب منها :

- وجود مجموعة من العوامل المشتركة مثل الاندفاعية ، والتنظيم الردئ للذات ، وطريقة التفكير والتصرف ، والطبع الذي يغلب على الشخص كل هذه العوامل مجتمعه تؤدى إلى حدوث اضطراب المسلك ، واضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد معاً .
- قد يكون اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد عامل مساعد بالنسبة لاضطراب المسلك من خلال الإسهام في الاستمرار والتصعيد لمزيد من المشكلات الخطيرة في المسلك .
- قد يؤدى اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد إلى بداية حدوث اضطراب المسلك في مرحلة الطفولة ، والذي يعد نذيراً قوياً لحدوث مشكلات مستمرة .

ورغم التداخل الكبير بين الاضطرابين إلا أن هناك خطين من البحوث يذكرهما هينشو ولى Hinshaw & Lee (٢٠٠٣) هما :

الأول : النموذج الذي يشمل اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد واضطراب المسلك معاً ، وهذا النموذج يقدم بطريقة متسقة تطابقاً أفضل للبيانات عما هو الحال في النموذج القائم على اضطراب سلوكي واحد .

الثاني : يرى أصحاب هذا النموذج أن اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يرتبط بدرجة أكبر من اضطراب المسلك بأوجه العجز المعرفي وعدم الانتباه في حجرة الدراسة ، وارتفاع معدل الإصابات الناتجة عن الحوادث .

ويختلف الأطفال الصغار الذين لديهم اضطراب المسلك واضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد فيما يتعلق بالسمات الوالدية أي المتعلقة بالوالدين فاضطراب المسلك وحده ، واضطراب المسلك مع اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يرتبطان بمعدلات عالية لاضطراب الشخصية المعادية للمجتمع عند الوالدين ، وتاريخ للوالدين ينم عن السلوك العدواني ، بينما اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد وحده لا يرتبط بهذه المعدلات (ماش وولف Mash & Wolfe ، ٢٠٠٧) .

ويعرض الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك واضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد معاً أوجه ضعف سلوكية حادة ، وأوجه ضعف أكاديمية واجتماعية ، وذلك بدرجة أكبر مما في حالة الأطفال الذين لديهم اضطراب واحد فقط من هذين الاضطرابين (لي Lee ، ٢٠٠٦) .

٢- الاكتئاب والقلق Depression & Anxiety

يحدث الاكتئاب والقلق بطريقة متكررة ومتزايدة أكثر مما هو متوقع وذلك

لدى الأطفال الصغار الذين لديهم اضطراب المسلك ، وحـوالي ثلـث هـؤلاء الأطفال يتم تشخيصهم بما يفيد معاناتهم من الاكتئاب أو القلق الذي يحدث لهـن في نفس الوقت (ديشيون وآخرون .Dishion et al ، ١٩٩٥) .

ومعظم الفتيات اللاتي لديهن اضطراب المسلك يتطور بهن الأمـر بـأن يحدث لهن اضطراب القلق أو الاكتئاب عند دخولهن مرحلة الرشد المبكر ، وفي كلا الجنسين ترتبط الحدة أو الشدة المتزايدة للسلوك المعـادى للمجتمـع بحـدة متزايدة في الاكتئاب والقلق (موجان Maughan ، ٢٠٠٤) .

ويعتبر اضطراب المسلك عامل مخاطرة للإقدام علـى الانتحـار لـدى الصغار الذين لديهم مشكلات سلوكية مصاحبة (تحدث في نفس الوقت) لـسوء استخدام المادة ، وتاريخ أسرى يفيد بوجود الاكتئاب (نادر وآخرون Nadder et al. ، ٢٠٠٢) .

والنتائج بخصوص العلاقة بين اضطراب القلق والسلوك المعادى للمجتمع بالنسبة للأطفال الذين لديهم مشكلات المسلك كانت نتائج محيرة ولكنهـا شـيقة وهامة ففي بعض الدراسات وجد أن القلق المصاحب أو المتزامن كـان عـاملاً وقائياً أو من عوامل الحماية التي قد توقف أو تسبب الكف عن السلوك العدواني (بيني وآخرون .Pine et al ، ٢٠٠٠) ومع ذلك فهناك دراسات أخرى وجدت أن القلق يزيد من المخاطرة بالنسبة للسلوك المعادى للمجتمع فيما بعد (روتـر وآخرون .Rutter et al ، ١٩٩٨) ، وتأييداً لكون أو اعتبار أن القلـق عامـل وقائي ، فإن البنين الذين لديهم اضطراب المسلك واضطراب القلـق يظهـرون مستوى أعلى من الكورتيزول اللعابي Salivary Cortisol المرتبط بدرجة أكبر

بالكف السلوكي Behavioral Inhibition (ماك بيرنت وآخرون McBurnett et al. ، ١٩٩١) وعند البنين الذين لديهم اضطراب المسلك فقط فإن المستويات المتدنية للكورتيزول اللعابي ترتبط ارتباطاً مباشراً بمزيد من السلوكيات العدوانية والمشينة (ماك بيرنت وآخرون McBurnett et al. ، ٢٠٠٠) .

ويعتمد اضطراب المسلك على نوع القلق فالقلق المرتبط بالخجل والكف والخوف ينمى اضطراب المسلك ، بينما القلق المرتبط بالتأثير السلبي Negative Emotionality والإحجام أو التجنب الاجتماعي أو الانسحاب القائم على نقص الرعاية أو الاعتناء بالآخرين يزيد من مخاطرة الطفل من جراء مشكلات المسلك (لاهي وولدمان Lahey & Waldman ، ٢٠٠٣) واتفاقاً مع هذا الرأي فإن الأطفال ذوى الأسلوب القاسي غير الانفعالي في العلاقات البينشخصية Callous - Unemotional Interpersonal Style (CU) - يظهرون قلقاً أقل من الأطفال الآخرين ذوى المشكلات في المسلك .

الحالة المرضية المشتركة :

يصعب بل من النادر أن نشاهد حالة لاضطراب المسلك غير مصحوبة باضطراب واحد إضافي أو أكثر ، وبمعنى آخر فإن الحالة المرضية المشتركة هي القاعدة وليست الاستثناء ، فتوجد نسبة تتراوح بين ٥٠% : ٧٠% من الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك يكون لديهم اضطرابات تدل على حالة مرضية مشتركة كاضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (ADHD) وتشير دراسات كثيرة إلى شيوع اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد لدى الأفراد الذين يعانون من اضطراب المسلك (كوهين وآخرون

Cohen et al. ، ١٩٩٣) .

ويرى أوهان وجونستون Ohan & Johnston (٢٠٠٥) أن الأعراض المرضية لاضطراب المسلك تتداخل مع أعراض اضطراب العناد والتحدي ، واضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، على الرغم من أن هذه الحالات لها سمات كلينيكية متميزة ومستقلة ، وحوالي نصف الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك يكون لديهم أيضاً اضطراب داخلي كالاكتئاب أو القلق ، والأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك والاكتئاب الذي يدل على حالة مرضية مشتركة يكونون في مخاطرة أكبر للإقدام على الانتحار ، وإلحاق الضرر بأنفسهم بدرجة أكبر من الأطفال الذين يعانون من الاكتئاب فقط ، وهناك نسبة تصل إلى ٩٠% من المسيئين الصغار الذين لديهم سوء استخدام للمخدرات يكون لديهم اضطراب المسلك ، كما أن الأطفال الذين يعانون من اضطراب المسلك يظهرون غالباً تاريخاً دالاً للجوانب التالية :

- اضطرابات نمائية نوعية .
- درجات أكثر انخفاضاً في اختبارات الذكاء .
- إصابات في الوجه والرأس .
- علامات أو دلالات عصبية صغيرة أو ضعيفة .
- نوبات نفسية حركية .
- أوجه شذوذ غير محددة في تسجيل موجات المخ الكهربية .
- أعراض مرضية ذهانية مبهمة (البارانويا واضطراب التفكير ... إلخ) .

ويشير الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية أن

اضطراب المسلك يرتبط بواحد أو أكثر من الاضطرابات النفسية مثل اضطرابات التعلم ، والقلق ، واضطرابات المزاج ، والاضطرابات المرتبطة بتعاطي المخدرات ، وأن هناك مجموعة من العوامل تهيئ للإصابة بالاضطراب منها رفض الوالدين وإهمالهم للطفل ، والمزاج السيء للطفل (العناد والتمرد) ، والممارسات غير المتسقة في التنشئة ، والإيذاء الجسمي ، والاعتداء الجنسي ، ونقص الإشراف ، والانتقال المبكر إلى مؤسسات الرعاية ، والتغير المتكرر للمسئولين عن التنشئة ، وزيادة عدد أفراد الأسرة (الجمعية الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric Association ، ١٩٩٤) .

كذلك أشارت نتائج دراسات عديدة أنه من بين المراهقين المحالين للعلاج والذين تنطبق عليهم المعايير التشخيصية لاضطراب المسلك كان هناك من ٨٤ – ٩٦% انطبقت عليهم المعايير التشخيصية لاضطراب العناد والتحدي ، وكان الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك أكثر احتمالاً بأن يكون لديهم شكوى جسمية بدرجة أكبر من الأطفال الذين لا يوجد لديهم أي اضطراب ، وتبلغ النسبة ٦٤% مقارنة بـ ٥٤% على الترتيب (تومسون وآخرون Thomson et al. ، ١٩٩٦) .

وأسر أو عائلات الأطفال والمراهقين الذين يعانون من اضطراب المسلك يكون لديهم فروق دالة عندما يتم مقارنتهم بالأسر أو العائلات الأخرى في الاضطرابات النفسية ، والاضطرابات المرتبطة بتعاطي المخدرات وذلك لصالح الأسر التي يعاني أفرادها من اضطراب المسلك (فريك وآخرون Frick et al. ، ١٩٩٢ ؛ بلومين Plomin ، ١٩٩٤) .

وتوجد فروق دالة تتعلق بالجنس (النوع) وذلك في ثبات واستقرار اضطراب المسلك ؛ حيث يكون الأولاد أكثر احتمالاً من البنات في الاستمرار في إظهار الاضطراب ، ويعتبر الاضطراب ثابتاً إلى حد ما عبر الوقت داخل الأسر بالإضافة إلى أنه ثابت أيضاً داخل الأفراد ، ويكون الاستمرار واضحاً عبر الأجيال المتعددة ، وتنبئ العوامل المتعلقة بالوالدين والأجداد بمستوى العدوان الذي يظهر في الجيل القادم من الأطفال (باترسون وآخرون Patterson et al. ، ١٩٨٩) .

وينحدر الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك من أسر كبيرة ومحدودة الدخل وتعيش في مناطق حضرية ، ويتم تربيتهم من جانب الأمهات فقط (الأمهات المطلقات أو الأرامل) وآباء الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك يكون لديهم نسبة حدوث أكبر لاضطرابات الشخصية المعادية للمجتمع ، وسوء استخدام المادة ، ويكونون غالباً غير متواجدين في البيت ، بينما أمهات الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك يكون لديهن معدلات عالية للاكتئاب ، واضطراب الشخصية المعادية للمجتمع ، وسوء استخدام المادة ، والاضطرابات الجسمية (باترسون وآخرون Patterson et al. ، ١٩٩٢ ؛ كابالدى وإيدى Capaldi & Eddy ، ٢٠٠٩) .

وآباء الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك واضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد المصاحب له يكون لديهم تاريخ كبير يدل على العنف والمخالفات القانونية ، والقبض عليهم وحبسهم عدة مرات مقارنة بآباء الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك فقط ؛ والدراسات التي تناولت موضوع التبني

والتوائم تقترح وجود ارتباط أسرى أو وراثي (جيني) باضطراب المسلك (هيلاريسكي Hilarski ، ٢٠٠٤) إلا أن لينام وهنري Lynam & Henry (٢٠٠٤) شككا في هذه النتيجة ، ونظراً للارتباط القوى للعوامل البيئية والأسرية باضطراب المسلك فإن بعض الأطفال والمراهقين قد يستخدمون سمات اضطراب المسلك كإستراتيجية للحماية ؛ لذلك فمن المهم أن ينظر الكلينيكيون إلى السياق الاقتصادي الاجتماعي عند تقديرهم لوجود اضطراب المسلك .

ويرتبط كلاً من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، واضطراب العناد والتحدي بالحدوث الذي يأتي فيما بعد والذي يتضمن اضطراب المسلك في مرحلة المراهقة ، فالأطفال الذين يتم تشخيصهم بما يفيد وجود اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (النوع المركب) من المحتمل بدرجة كبيرة جداً أن يحدث لهم اضطراب المسلك وذلك بدرجة أكبر مما في حالة الأطفال الذين لديهم اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (مع غلبة نقص الانتباه فقط) ، والأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك من المحتمل أيضاً أن يكون لديهم اضطرابات أخرى بالإضافة إلى اضطراب نقص الانتباه المصحوب النشاط الزائد ، واضطراب العناد والتحدي ، فيتم تشخيصهم بين الحين والآخر على أن لديهم سلوكيات أخرى تتضمن سلوك الانسحاب ، والقلق ، والاكتئاب ، وحوالي ٧٠% من الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك يكون لديهم أيضاً تشخيص واحد على الأقل من التشخيصات السابقة (كابالدى وإيدى Capaldi & Eddy ، ٢٠٠٩) .

والعديد من الحالات الطبية النفسية الشائعة في مرحلة الطفولة لها ملامح

أو معالم مشتركة مع معالم اضطراب المسلك ، وينبغي أن يتضمن التشخيص الفارقي اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) ، واضطراب العناد والتحدي Oppositional Defiant Disorder (ODD) ، واضطرابات الحالة المزاجية أو اضطرابات المزاج Mood Disorders (الاكتئاب الرئيسي أو الجسيم Major Depression ، والاضطراب ثنائي القطب Bipolar Disorder) ، وسوء استخدام المادة ، والاضطراب الانفجاري المتقطع Intermittent Explosive Disorder ، والجدول التالي يوضح التشخيص الفارقي للحالات المرضية المرتبطة باضطراب المسلك والعلاج المناسب لهذه الحالات المرضية .

جدول (٢)

التشخيص الفارقي للحالات المرضية المرتبطة باضطراب المسلك

التشخيص	المعالم المميزة
اضطراب المسلك	نمط مستمر لانتهاك حقوق الآخرين ، وممارسة العدوان ، والأعمال غير القانونية .
اضطراب العناد والتحدي	مجادلة مزمنة ، ورفض الامتثال لمطالب أو أوامر الكبار .
اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد	فرط الحركة وعدم الكف عن السلوك ، ونقص الانتباه ، والتشتت ، والاندفاعية .
سوء استخدام المادة أو الاعتماد عليها	نمط لاستخدام المادة مرتبط بنتائج اجتماعية / شخصية عكسية أو تحمل فسيولوجي أو انسحاب .

المعالم المميزة	التشخيص
حالة مزاجية اكتئابية تتسم بسرعة الغضب ، واضطراب النوم ، وفقدان الإحساس باللذة Anhedonic والتفكير في الانتحار .	الاكتئاب الرئيسي واضطراب الاكتئاب العصابي (الديستيميا) Major Depression and Dysthymic Disorder
أعراض اكتئابية تتزامن مع فترات بها طاقة زائدة جداً وهوس خفيف وقد يتضمن ذلك الهلاوس والأوهام .	اضطراب المزاج ثنائي القطب
نوبات متفرقة عديدة من فقدان السيطرة على الاندفاعات العدوانية التي يترتب عليها أفعال تهجمية خطيرة أو تحطيم الممتلكات (نوبات عدوانية لفظية وجسدية مفاجئة لا يمكن التنبؤ بها) .	الاضطراب الانفجاري المتقطع

والوعي العام المتزايد لاضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد والقدرة النسبية على علاجه باستخدام الأدوية المنبهة قد يساهم في الخلط بينه وبين اضطراب المسلك ، ومعالم اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد المتمثلة في نقص الانتباه ، والتشتت الذهني ينبغي تمييزها عن الكذب والعدوان الخطير ، والسلوكيات غير القانونية فعند تقييم شخص ما ويوجد شك في أنه يعانى من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد فإن الأسئلة التالية ستساعد في تمييز اضطراب المسلك عن اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد .

أسئلة المقابلة الشخصية لتقدير اضطراب المسلك :

١- هل كان لديك أي مشكلات مع الشرطة؟ إذا كانت الإجابة نعم ، ما الظروف أو الملابسات التي أدت إلى ذلك؟ .

٢- هل اشتركت في مشاجرات بدنية؟ إذا كانت الإجابة نعم ، ما ظروف أو ملابسات ذلك ؟ وما عدد هذه المشاجرات؟ .

٣- هل سبق لك أن فصلت أو طردت من المدرسة؟ إذا كانت الإجابة نعم ، ما الظروف أو الملابسات التي أدت إلى ذلك؟ .

٤- هل سبق لك أن هربت من البيت؟ هل حدث ذلك ليلاً؟ وما عدد المرات؟ .

٥- هل تدخن السجائر وتشرب الخمور أو تستخدم المخدرات؟ إذا كانت الإجابة نعم ، ما عدد مرات الاستخدام ، وما مدة الاستخدام؟ وما اسم المخدرات التي تتعاطاها؟ .

٦- هل أنت نشيط جنسياً؟ .

وبالنسبة للأسئلة رقم ٥ ، ورقم ٦ ينبغي أن يوضع العمر الزمني في الاعتبار .

وقد يكون من الصعب تمييز اضطراب العناد والتحدي عن أضطراب المسلك والمعالم الرئيسية لاضطراب العناد والتحدي تتضمن عدم الامتثال والمجادلة وخرق القواعد والسلبية ، وعلى الرغم من أن هذه المعالم تتداخل جزئياً مع معالم اضطراب المسلك إلا أن هناك فروق هامة ، فالأطفال الذين لديهم اضطراب العناد والتحدي على الرغم من أنهم مولعين بالجدل إلا أنهم لا يظهرون عدواناً بدنياً ذو دلالة ، وآباء الأطفال الذين لديهم اضطراب العناد

والتحدي من المحتمل بدرجة كبيرة أن يكون لديهم اضطراب الحالة المزاجية بدرجة أكبر من النمط المعادى للمجتمع الشائع بين آباء الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك ، واضطراب العناد والتحدي يتحول بمرور الوقت إلى اضطراب المسلك (سيارجت وآخرون Searight et al. ، ٢٠٠١ ؛ كابالدى وإيدى Capaldi & Eddy ، ٢٠٠٩) .

ويحدث تفاعل دال بين الحين والآخر بين الأطفال والمراهقين الذين لديهم اكتئاب رئيسي ، واكتئاب عصابي (الديستيميا) ، والمرضى الذين لديهم اضطراب ثنائي القطب ؛ حيث يظهرون انتهاكات للقواعد كما يظهرون العدوان ومع ذلك فإن اضطرابات الحالة المزاجية تتضمن بطريقة نمطية اضطرابات النوم ، والشهية ، وأعراض مرضية وجدانية واضحة ، والتواجد المشترك للاكتئاب الرئيسي مع اضطراب المسلك يزيد من مخاطر السلوك الانتحاري الاندفاعي (سيارجت وآخرون Searight et al. ، ٢٠٠١) .

ويتداخل أيضاً سوء استخدام المادة مع الأعراض المرضية لاضطراب المسلك ، فأهم شيء في تقدير استخدام المادة لدى المراهقين هو التمييز بين التجريب وبين سوء الاستخدام أو الاعتماد ، فتكرار ومدة استخدام المادة هما أبعاد مفيدة في هذا الصدد ، وفي سن مبكرة (أي فيما بين ١٠ – ١٣ سنة) من العمر فإن الاستخدام المتكرر للخمر أو المخدرات هو بمثابة الراية الحمراء لنشوء سلوكيات أخرى مرتبطة باضطراب المسلك ، وبالإضافة إلى ذلك فإن استخدام المادة من المحتمل أن يزيد من ضعف التحكم الاندفاعي ويزيد من الاتصال بالأقران المنحرفين (كابالدى وإيدى Capaldi & Eddy ، ٢٠٠٩) .

ويمكن تشخيص الاضطراب الانفجاري المتقطع الذي يتمثل في نوبات عدوانية مفاجئة بدون إثارة عندما لا ينطبق سلوك الطفل على المعايير الخاصة باضطراب المسلك ، والمرضى الذين لديهم الاضطراب الانفجاري المتقطع ينكرون أنهم خططوا لإيذاء الآخرين ولكنهم يذكرون أنهم صفعوا الآخرين دون أن يدركوا ذلك بأنه هجوم أو اعتداء على الأشخاص الآخرين ، وهذه الفترات أو الحوادث هي العلامات الوحيدة على وجود اضطراب المسلك لدى الأطفال والمراهقين الذين لديهم الاضطراب الانفجاري المتقطع وبخلاف الأعمال غير المخطط لها المتمثلة في العدوان فإن الأفراد الذين لديهم الاضطراب الانفجاري المتقطع لا يشتركون أو لا يتورطون في الانتهاكات المتكررة لقواعد الآخرين أو في سلوك غير شرعي أو غير قانوني كالسرقة أو الهروب من البيت (سيارجت وآخرون .Searight et al ، ٢٠٠١) .

معدلات الانتشار :

ربما يصعب تحديد نسب انتشار اضطراب المسلك بدقة نظراً للصعوبات التي تحيط بتعريف مصطلح اضطراب المسلك أو التصرف ، وعلى الرغم من ذلك يمكن القول بدرجة عالية من اليقين أن نسب انتشار الاضطراب في تزايد مستمر ، ويكون هذا التزايد أكثر وضوحاً في المناطق الحضرية عن المناطق الريفية (الجمعية الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric Association ، ١٩٩٤) وأظهرت نتائج بعض الدراسات أن ٨% من أطفال المناطق الحضرية الذين تتراوح أعمارهم الزمنية بين ١٠ - ١١ سنة في مقابل ٤% من الأطفال في المناطق الريفية يعانون من اضطراب المسلك (هولمز

. (١٩٩٤ ، Holmes

كذلك أظهرت نتائج إحدى الدراسات أن ٦٢% من الأطفال البالغ عمرهم ثلاث سنوات يستمرون في اضطراب المسلك والمشاكل المتعلقة به حتى الثامنة من العمر ، وأن نسبة انتشار الاضطراب بين الأطفال الذين تتراوح أعمارهم الزمنية بين ٥ - ١٠ سنوات تصل إلى ٦،٥% للبنين ، ٢،٧% للبنات ، كذلك أظهرت نتائج مسح أجرى على تلاميذ الصف السادس الابتدائي من أبناء الطبقة الوسطى في منطقة شبه حضرية أن ٢٦% ارتكبوا سرقات طفيفة ، ٢٢% تعدوا على الممتلكات ، ٤٥% تعاركوا مع الآخرين (دافيسون ونيال Davison & Neale ، ١٩٩٦) .

وفى المملكة المتحدة وجدت نسبة تقدر بـ ٧،٤% من الأولاد ، ٣،٢% من البنات في سن ٥ - ١٠ سنوات يظهرون أعراض اضطراب المسلك ، ٤٠% من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم من ٧ - ٨ سنوات والذين تم تشخيصهم بما يفيد وجود اضطراب المسلك أصبحوا من المخالفين للقانون بصفة عامة أو باستمرار وهم مراهقون ، وما يزيد على ٩٠% من المخالفين للقانون بصفة مستمرة كان لديهم اضطراب المسلك وهم أطفال ، ويتواجد اضطراب المسلك بطريقة متكررة مع سلسلة من الاضطرابات مثل اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (ADHD) ، والاكتئاب ، والقلق ، ويصعب التحقق من معدلات انتشار اضطراب المسلك غير الكلينيكي ، وذلك يرجع جزئياً إلى نظم التصنيف المتداخلة (على سبيل المثال اضطراب العناد والتحدي (ODD) والمصاعب الانفعالية والسلوكية Emotional and Behavioral Difficulties

(EBD) ، يضاف إلى ذلك أن المصاعب الانفعالية والسلوكية ليس لها أي معايير تشخيصية صارمة (كابلدي وإيدي Capaldi & Eddy ، ٢٠٠٩) .

وتتجه بداية حدوث اضطراب المسلك إلى الصعود في مرحلة الطفولة المتأخرة وأوائل مرحلة المراهقة ؛ حيث يقدر انتشار اضطراب المسلك فيما بين ١،٥% – ٣،٤% للعينة السكانية العامة للأطفال والمراهقين (فيهان وآخرون Feehan et al. ، ١٩٩٣) وحوالي ٤٠% من الأطفال والمراهقين الذين لديهم اضطراب المسلك يحدث لديهم في النهاية اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع (لوبير وآخرون Loeber et al. ، ١٩٩٣) .

وأوضحت نتائج عدد من الدراسات أنه في سن الرابعة إلى سن السادسة عشر كان هناك ٥،٥% يعانون من اضطراب المسلك (أوفورد وآخرون Offord et al. ، ١٩٨٩) ، ونظراً لأنه ليس كل الشباب الذي لديه اضطراب المسلك يكون لديه سجل إجرامي ، وليس كل الشباب الذي له سجل إجرامي يكون لديه اضطراب المسلك فإن إحصائيات الجريمة يمكن أن تزودنا بالمعلومات ولكنها مثيرة للجدل بدرجة كبيرة جداً ، فنسبة الشباب المتهم بجرائم عنف في كندا في ازدياد مستمر ففي عام ١٩٨٦ كان هناك حوالي ٤٠٨ شاباً من كل ألف شاب تم اتهامهم بارتكاب جرائم عنف (تشمل القتل ، والشروع في القتل ، والاعتداء ، والاعتداءات الجنسية ، والاختطاف والسرقة بالإكراه أو السرقة المسلحة) وفي عام ١٩٩٥ ازداد معدل الجريمة إلى ٩٣٨ مما يمثل معدل نمو بنسبة ١٣% في السنة ومن المتوقع أن تصل النسبة إلى ٣١% في العينة السكانية للأحداث خلال العقدين القادمين (ليندلى Lindley ، ٢٠٠١) ،

ونتيجة لذلك فإن اضطراب المسلك سيستمر في أن يكون مشكلة صحية عامة على درجة كبيرة من الأهمية ، ويستحق انتباهاً كبيراً من مجتمع الصحة النفسية ومن النظام القضائي للأحداث .

ويشير الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية إلى أن نسب انتشار اضطراب المسلك تحت سن ١٨ سنة تظهر بدرجة كبيرة لدى الذكور عنها لدى الإناث ، فتتراوح النسبة بين ٦ : ١٦% لدى الذكور وبين ٢ : ٩% لدى الإناث ، وتختلف هذه المعدلات بمدى العمر الزمني ، ونوع الاضطراب (الجمعية الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric Association ، ١٩٩٤) .

وتشير نتائج عديد من الدراسات إلى أن نسب الانتشار لدى الأولاد ثلاثة أضعاف نسبة الانتشار لدى البنات (هولمز Holmes ، ١٩٩٤) ، وتقدر دراسات أخرى نسب الانتشار بين الجمهور تحت سن ١٨ سنة ما بين ٤% : ١٦% (كوهين وآخرون Cohen et al. ، ١٩٩٣) ، كما تشير نتائج دراسات أخرى إلى أن نسبة الانتشار بين الذكور والإناث تتراوح بين ٣ : ١ ، ٥ : ١ على الترتيب (بويلي وآخرون Boyle et al. ، ١٩٩٢) ، وعلى الرغم من ارتفاع النسب بين الأولاد عن الفتيات في جميع الأعمار فإن الفجوة بينهما تنغلق في مرحلة المراهقة ، وقبل مرحلة المراهقة المتأخرة تتفوق الفتيات على الأولاد في بداية حدوث اضطراب المسلك (أوفورد Offord ، ١٩٨٧ ؛ أوفورد Offord ، ١٩٩٠) .

وانتشار اضطراب المسلك لدى الأطفال الذين تتراوح أعمارهم الزمنية بين

٥ – ١٠ سنوات يكون بمعدل ١,٧ % بالنسبة للبنين ، ٠,٠٦ % بالنسبة للبنات (ميلتزر وآخرون .Meltzer et al ، ٢٠٠٠) ، وتوجد أيضاً فروق بخصوص الجنس أو النوع بالنسبة لعمر بداية حدوث اضطراب المسلك ؛ حيث أظهرت نتائج عدد من الدراسات أن عمر حدوث الاضطراب لدى الأطفال الذين يتم تحويلهم إلى عيادات الصحة النفسية والذين لديهم سلوك معادى للمجتمع كان في مدى عمري يتراوح من ٨ – ١٠ سنوات ، وهناك نسبة تقدر بـ ٥٧% من الأولاد كان لديهم بداية لحدوث الاضطراب في سن العاشرة ، وبالنسبة للفتيات كانت بداية حدوث الاضطراب بصفة أساسية تتراوح بين ١٤ – ١٦سنة (لاهى وآخرون .Lahey et al ، ٢٠٠٠ ؛ مانيوزا وآخرون .Mannuzza et al ، ٢٠٠٤ ؛ ولفندن وآخرون .Wollfenden et al ، ٢٠٠٢) .

ويعد اضطراب المسلك من أكثر الاضطرابات الطبية النفسية انتشاراً في مرحلة الطفولة ، وهو السبب الأكثر شيوعاً للتحويل للعلاج النفسي والطبي ، واستناداً إلى دراسة مسحية قام بها مكتب الإحصاءات القومية Office for National Statistics (ONS) بالولايات المتحدة الأمريكية اتضح أن ٣,٥% من جميع الأطفال والمراهقين الذين تتراوح أعمارهم الزمنية بين ٥ – ١٥ سنة كان لديهم اضطراب المسلك ، واضطراب العناد والتحدي بدرجة دالة (أوريلي O'Reilly ، ٢٠٠٥) ويعد انتشار المشكلات السلوكية عالياً أيضاً بين الأطفال الذين في عمر ما قبل المدرسة ، ولكن في هذا العمر يُعد تشخيص اضطراب المسلك غير شائعاً ، وبينت إحدى الدراسات أن معدل انتشار المشكلات السلوكية لدى الأطفال الذين يبلغون من العمر ثلاث سنوات يكون متشابهاً في العينات السكانية الريفية وكذلك الحضرية بنسبة تصل إلى حوالي ١٣% من إجمالي

العينة (تومسون وآخرون .Thomson et al ، ١٩٩٦) .

وهناك دراسة أخرى أجريت في نيوزيلندا أوضحت أن معـدل الانتـشار وصل إلى ٢٢,٥% على الرغم من استخدام عتبة تشخيصية أكثر انخفاضاً فـي هذه الدراسة عما هو معتاد (بافيولورى وآخرون .Pavuluri et al ، ١٩٩٥) ، وتوجد نسبة تقدر بـ ٣% : ٧% من الأطفال الذين يظهرون سلوكيات خطيـرة تكفي للإفادة بتشخيصهم بوجود اضطراب المسلك لديهم (كوسـتللو وآخـرون .Costello et al ، ٢٠٠٣) .

ومع ذلك فإن سلوكيات الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك تشكل عبئاً وتكلفة عالية على المجتمع فمثلاً فتكلفة التخريب الـذي يـسببه الأحـداث فـي المدارس في الولايات المتحدة تزيد على ٩٠٠ مليون دولار كل عـام ، ويمثـل الأحداث ٢٠% تقريباً في جميع الجرائم العنيفة التي يتم القبض علـيهم فيهـا ، وحوالي ٥٠% من المراهـقين ، ٢٥% من المراهقات يذكرون أن شخصاً قد هاجمهم في المدرسة (موجان وآخرون .Maughan et al ، ٢٠٠٤) ، ولسوء الحظ فإن كثيراً من الأطفال ذوى اضطراب المسلك لا يمتثلون لمعايير المدرسة في مرحلة المراهقة ومرحلة الرشـد (موجـان وآخـرين .Maughan et al ، ٢٠٠٠) .

وبسبب الصعوبات المتعلقة بالتعريف فإن انتشار اضطراب المسلك مـن المستحيل تقريباً تقديره بدرجة دقيقة ، ومع ذلك يمكننا القول بقليل من الشك أن انتشار اضطراب المسلك يعتبر شائعاً تماماً ، فعلى سبيل المثال أوضحت دراسة حديثة قامت بها كرالك Kralik (٢٠٠٩) والتي اعتمدت على ٢٥٠٠ طفلاً في

مدينة أونتاريو Ontario بكندا أن ٨% من البنين وحوالي ٣% من البنات الذين تتراوح أعمارهم بين ٤ – ١٦ عاماً قد انطبقت عليهم معايير الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل لاضطراب المسلك .

ويشترك حوالي ٥٠% من المراهقين في سلوكيات إجرامية ، وفي سوء استخدام المخدرات ، بينما نجد أن حوالي ٧٥% – ٨٥% من الكبار يعانون من البطالة ، ولديهم تواريخ تفيد بوجود علاقات شخصية غير مستقرة ويتورطون بطريقة متكررة في العدوان الجسدي أو الإساءة إلى شركاء حياتهم ، وهناك نسبة تتراوح بين ٣٥% : ٤٠% يتم تشخيصها في مرحلة الرشيد بما يفيد وجود اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع ، والمراهقين الذين حدث لهم اضطراب المسلك وهم صغار من المحتمل بدرجة أكبر أن يستمر اضطراب المسلك لديهم في مرحلة الشباب ، ويظهرون مجموعة كبيرة من المشكلات النفسية والسلوك العنيف والسرقة (نولن– هويكسما Nolen - Hoeksema ، ٢٠٠٧) .

كما أن معدلات انتشار اضطراب المسلك لها نمط مختلف عن معدلات انتشار اضطراب العناد والتحدي ، فقد أوضحت نتائج الدراسات الطولية أن عمر بداية حدوث اضطراب المسلك يُعد مؤشراً لحدوث السلوك المعادى للمجتمع في مرحلة الرشد ، والحدوث في مرحلة الطفولة يرتبط بدرجة كبيرة بالسلوك الإجرامي عند الكبر (أو في مرحلة الرشد) ، والعنف ، وسوء استخدام المادة وذلك بدرجة أكبر عما هو الحال في حالة الحدوث في مرحلة المراهقة (ميلر Miller ، ٢٠٠٦) ، وفي دراسة طولية وجد أن ٧٦% من الذكور ، ٣٠% من الإناث الذين لديهم تاريخ يفيد بمعاناتهم من مشكلات سلوكية في مرحلة

الطفولة كان لديهم إما سجل إجرامي أو تشخيص يفيد بوجود اضطراب عقلي ، وسوء استخدام المادة ، أو كلاهما عند بلوغهم الثلاثين من العمر (ليابو وريتشاردسون Liabo & Richardson ، ٢٠٠٧) .

وهذا ما أوضحته نتائج العديد من الدراسات التي أجريت في هذا الصدد والتي أكدت على أن الأطفال الذين يظهرون العدوان البدني مبكراً في حياتهم يظهرون مشكلات سلوكية مزمنة في مرحلة الرشد .

ويعتبر انتشار اضطراب المسلك الذي يتم تشخيصه كلينيكياً أمراً هاماً وأساسياً ويتراوح من ٢% - ٦% عند جميع الأطفال (أنجولد وكوستيلو Angold & Costello ، ٢٠٠١ ؛ هينشو ولي Hinshaw & Lee ، ٢٠٠٣) ، ويزيد انتشار اضطراب العناد والتحدي بمعدل مرتين عن معدل انتشار اضطراب المسلك ، وتصل النسبة في المتوسط إلى ١٢% من جميع الأطفال (نوتيلمان وجينسن Nottelman & Jensen ، ١٩٩٥) ، ومع ذلك يجب أن يوضع في الاعتبار أن الانتشار يختلف بدرجة كبيرة فيما يتعلق بكيفية تعريف أو تحديد مشكلات المسلك ، ونوع أو جنس الطفل ، وعمره الزمني ، والمستوى الاجتماعي الاقتصادي .

وتعد معرفة انتشار الاضطراب ضرورية من أجل التخطيط وتوفير الخدمات الوقائية ، ويتأثر انتشار اضطراب المسلك بمجموعة من العوامل التي تتضمن طبيعة المعايير التشخيصية المستخدمة ، والمقاييس التي تم استخدامها لتقدير وجود الاضطراب ، والإطار الزمني ، وموقع الدراسة ، وبالوضع في الاعتبار هذه التحديات يمكن أن نحدد مدى اضطراب المسلك ، واضطراب العناد

والتحدي ، وأول دراسة مسحية أجريت في المملكة المتحدة قام بها ميلتزر وآخرون .Meltzer et al (٢٠٠٠) أظهرت أن معدل انتشار اضطراب المسلك لدى الأطفال الذين تتراوح أعمارهم الزمنية بين ١٠ - ١٥ عاماً بلغت ٥،٣% وذلك طبقاً لتعريف اضطراب المسلك في ضوء التصنيف الدولي للأمراض (ICD) ، وكانت المعدلات بالنسبة للبنين أعلى مما هي بالنسبة للبنات وذلك في جميع الأعمار الزمنية .

ويُعد اضطراب المسلك ظاهرة عالمية ؛ حيث يتعدى مدى الثقافات ، كما أن معدلات الانتشار تتشابه إلى حد كبير بين الدول ؛ فبينما تصل في هولندا على ٥,٦% ، نجد أنها تصل إلى ٤,٤% في الولايات المتحدة الأمريكية (شافير وآخرون .Shaffer et al ، ١٩٩٦) .

ويوجد نقص في إجماع أو اتفاق الآراء فيما يتعلق بانتشار اضطراب المسلك عبر الأعمال المختلفة ، فبعض الدراسات أوضحت أن اضطراب المسلك يزداد في الفترة من الطفولة المتوسطة حتى المراهقة ، بينما هناك دراسات أخرى لم تجد أي تأثير للعمر الزمني على حدوث الاضطراب وربما يرجع هذا التفاوت إلى المعايير التشخيصية المستخدمة وأدوات القياس ، يضاف إلى ذلك أن مجموعة المؤلفات الخاصة بالاضطراب تصف بوضوح وجود زيادة لأوجه سلوك معينة كالسرقة في مرحلة الطفولة والتي تستمر حتى المراهقة ، وعلى الرغم من أن الأشكال الأكثر اعتدالاً للعدوان تتناقص أو تنخفض مع النمو إلا أن السلوك العدواني الخطير كالقتل والاغتصاب يزداد مع النمو .

وبصفة عامة فإن اضطراب المسلك يعتبر أكثر شيوعاً لدى البنين عما هو

لدى البنات وذلك على الرغم من أنه يصعب تقدير النسبة بدقة وذلك بسبب الفروق في مناهج البحث وطرق التقدير المتبعة في الدراسات ، ومع ذلك إذا تم الوضع في الاعتبار الأنواع الفرعية التي يتم تعريفها بالعمر أو السن فإن هذه النسبة العالية أو السائدة للذكور تعتبر صحيحة بالنسبة لاضطراب المسلك الذي يبدأ في سن مبكرة ولكنها أقل من ذلك بالنسبة للحدوث أو البداية المتأخرة للاضطراب .

ويكون اضطراب المسلك أكثر شيوعاً في البيئات الاجتماعية الاقتصادية المتدنية ، ولكن حتى اليوم لا يوجد دليل كافي يؤيد الفروق في الانتشار بين الأحياء أو المناطق المحرومة وبين الأحياء أو المناطق الراقية الواقعة داخل المدن وكذلك بين المناطق الريفية والمناطق الحضرية ، وبصفة عامة فإن اضطراب المسلك أصبح الآن أكثر شيوعاً من أي وقت مضى .

وتوجد بيانات تؤكد فكرة أن اضطراب العناد والتحدي يتطور ليصبح اضطراب المسلك في بعض الحالات ، وذلك على الرغم من أن ذلك يعد مثار جدل أو نزاع فالأطفال الذين لديهم سلوك انحرافي حاد في عمر معين هم الأطفال الذين يكونون أكثر احتمالات أن يعرضوا أو يظهروا مثل هذا السلوك في مرحلة لاحقة من حياتهم ومما يجب الإشارة إليه أن اضطراب المسلك يمكن أن يستمر في حوالي ٥٠% من الحالات (بارتون Barton ، ٢٠٠٣) .

النوع أو الجنس Gender

تكون الفروق المتعلقة بالجنس أو النوع فيما يتعلق بالسلوك المعادى للمجتمع أكثر وضوحاً في سن الرابعة ، ومعدل حدوث السلوك المعادى للمجتمع

يكون أعلى ٣ مرات أو ٤ مرات بالنسبة للبنين عن البنات وذلك أثناء مرحلة الطفولة ؛ حيث يظهر البنين عمر مبكر لبداية حدوث الاضطراب ، وعلى الرغم من ذلك فإن الفتيات يظهرن أيضاً مشكلات سلوكية حادة تنتشر بنسبة ٣% بين جميع الفتيات (كينان وآخرون .Keenan et al ، ١٩٩٩ ؛ لاهي وآخرون .Lahey et al ، ٢٠٠٠) ، ويزداد تفاوت أو تباين النوع في مشكلات المسلك خلال مرحلة الطفولة الوسطى ، ويضيق بدرجة كبيرة في مرحلة المراهقة المبكرة ، وهذا التفاوت يرجع في المقام الأول إلى زيادة السلوك المعادى للمجتمع غير العدواني والخفي ، ثم يزداد هذا التفاوت مرة أخرى في مرحلة المراهقة المتأخرة وما بعدها (موفيت وآخرون .Moffitt et al ، ٢٠٠١) ، وعلى النقيض من الأولاد الذين تكون أعراضهم المرضية الأولية لاضطراب المسلك هي العدوان والسرقة ، فإن الأعراض المرضية بالنسبة للفتيات تكون عادة متمثلة في سوء السلوك الجنسي ، والبنات المنتهكات للنظام الاجتماعي السائد من المحتمل بدرجة أكبر من البنات الأخريات أن يطورن علاقات مع الأولاد المنتهكين للنظام الاجتماعي السائد ثم يصبحن حوامل في سن مبكرة ، ويظهرن قدراً كبيراً من المشكلات اللاحقة التي تتمثل في القلق والاكتئاب والأسلوب الوالدي الردئ (برويدى وآخرون .Broidy et al ، ٢٠٠٣) .

ويظل البنين أكثر عنفاً من البنات خلال مراحل حياتهم ، ومن المحتمل بدرجة أكبر أن يشتركون في أعمال متكررة تتمثل في العنف الجسمي (أودجيرز وموريتى Odgers & Moretti ، ٢٠٠٢) ، وتتراوح نسبة انتشار اضطراب المسلك المزمن منذ مرحلة الطفولة المبكرة بين البنين إلى البنات ١٠ : ١ وعلى العكس فإن الأشكال العابرة من السلوك المعادى للمجتمع في مرحلة

المراهقة تبين أن نسبته بين البنين إلى البنات ٢ : ١ (موفيت وآخرون Moffitt et al. ، ٢٠٠١) ، وبالإضافة إلى ذلك فإنه عندما يحدث العدوان الجسدي من جانب البنات أثناء مرحلة الطفولة لا ينبئ بعنف جسدي مستمر أو أشكال أخرى من الانحراف في مرحلة المراهقة كما هو الحال مع البنين (برويدى وآخرون Broidy et al. ، ٢٠٠٣) ، وهذا لا يعنى أن البنات غير عنيفات فحوالي ٤٥% منهن يرتكبن عملاً عنيفاً واحداً على الأقل بالمقارنة بنسبة ٦٥% من الأولاد ، ومن الأمور الهامة أن الفرق المتعلق بالجنس أو النوع في السلوك المعادى للمجتمع قد انخفض بما يزيد على ٥٠% خلال السنوات العشرين الماضية ، ولسوء الحظ فإن السلوك المعادى للمجتمع أصبح كربة أو معاناة متكافئة الفرص (ماش وولف Mash & Wolfe، ٢٠٠٧) .

تفسير الفروق المتعلقة بالجنس أو النوع :

إن الأسباب المحددة للفروق المتعلقة بالجنس أو النوع في السلوك المعادى للمجتمع ليست معروفة وذلك على الرغم من أن الفروق في عوامل المخاطرة الجينية أو الوراثية والبيولوجية العصبية Neurobiological ، والبيئية تلعب دوراً في ذلك ، فوجد أن العوامل الوراثية هي السائدة لدى البنات فيما يتعلق باستخدامهن للمادة ، بينما استخدام المادة عند البنين يبدو أنه يرتبط بدرجة أكبر بالعوامل البيئية مثل الخلل الوظيفي الأسرى والأقران المنحرفين (سيلبرج وآخرون Silberg et al. ، ٢٠٠٣) .

وترتبط الانخفاضات الحادة في إنتاج التيستوستيرون Testosterone وهو هرمون ذكرى تفرزه الخصيتين وهو المسئول عن الصفات الجنسية الثانوية بحدوث السلوك المشين وهذه الانخفاضات تكون أعلى لدى الإناث عنها لدى

الذكور (جرانجر وآخرون .Granger et al ، ٢٠٠٣) ، ويسهل على البنات الاشتراك في عملية المشاركة الاجتماعية بدرجة أكبر من البنين وذلك لأن البنات لديهن مهارات اتصال متقدمة ومستويات مرتفعة للمشاركة الوجدانية Empathy والتحكم الكفي Hibitory Control في سن مبكرة (ماش وولف Mash & Wolfe ، ٢٠٠٧) ، واتفاقاً مع هذا الرأي تكون البنات أقل احتمالاً من البنين لأن ينسبن النوايا العدوانية لسلوك الآخرين .

وربما تكون الفروق المتعلقة بالجنس أو النوع نتيجة لتعريفات مشكلات المسلك التي تؤكد بشدة على العدوان الجسدي وتهمل إلى حد ما السلوك العدواني الأقل حدة من الناحية الجسدية لأشكال السلوك المعادى للمجتمع الذي يميز الإناث ، فعندما تكون الإناث غاضبات يستخدمن أشكالاً غير مباشرة للعدوان مثل الإهانات اللفظية ، والنميمة ، والثرثرة ، والوشاية ، والنبذ أو المقاطعة ، واللجوء إلى الأعمال الانتقامية عن طريق طرف ثالث (كريك ونيلسون Crick & Nelson ، ٢٠٠٢ ؛ أندروود Underwood ، ٢٠٠٣) ، وعلاوة على ذلك نجد أن البنات يكن أكثر احتمالاً من البنين في أن يصبحن متكدرات أو غاضبات وعندما ينتقلن إلى مرحلة المراهقة فإن وظيفة سلوكهن العدواني تدور حول قبول الجماعة والانتماء ، بينما بالنسبة للبنين يظل العدوان متضمناً القوة والمواجهة (كريك وروز Crick & Rose ، ٢٠٠٠) .

وسلوك الفتيات اللاتي تعانين من اضطراب المسلك يكون أكثر تستراً أو تخفياً وذلك لأن الأولاد يشتركون عادة في سلوكيات تتسم بالمناورة ، والشقاوة ، والفتونة ، والتشاجر أو القتال ، وعدم الامتثال وذلك عكس ما هو الحال عند

الفتيات ، ويكون السلوك الظاهر المعادى للمجتمع أكثر شيوعاً عند البنين نظـراً لأن أعراضهم المرضية تكون ملحوظة بدرجة أكبر في سن مبكرة وهذا يمكـن أن يفسر أو يعلل العمر المبكر لبداية حدوث مشكلات المسلك عند البنين ؛ وحيث إن الظهور المبكر للسلوك المعادى للمجتمع يمكن ملاحظته بدرجة أقـل عنـد البنات فإن المعايير التشخيصية يتم الاحتياج إليها للكشف عن البنات اللاتي لديهن اضطراب المسلك في سن مبكرة (ماش وولف Mash & Wolfe ، ٢٠٠٧) .

ويعرض الفتيات مسارات مختلفة للسلوك المعادى للمجتمع بشكل أكبر مما في حالة البنين ، أحد هذه المسارات هو مسار بداية الحدوث المبكر وهذا المسار يصف الفتيات اللاتي يعرضن السلوك المنافي للأعراف والقواعد السائدة في المجتمع خلال مرحلة الطفولة ، وكذلك اللاتي يـرتبطن بـالأقران المنحـرفين ويعرضن أو يظهرن السلوك المنحرف ، ويستخدمن المخدرات أثنـاء مرحلـة المراهقة ، والمسار الثاني هو الذي يشار إليه على أنه المسار المتعلق بالحدوث المرجأ أو المتأخر وهذا المسار يصف الفتيات اللاتي لديهن الكثير من عوامـل المخاطرة من جراء السلوك المعادي للمجتمع مثل أوجه العجز المعرفي وأوجـه العجز النفسعصبى ، والبيئات الأسرية المختلفة ، ولا يبدأ الفتيات في عرض أو إظهار السلوك المعادى للمجتمع حتى تحين مرحلة المراهقة (سيلفرثورن وفريك Silverthorn & Frick ، ١٩٩٩) .

الفصل الثاني

مسار الاضطراب وسياق نموه

مقدمة :

يجمع الكثيرون على أن تتبع سير المرض يكون رديئاً ؛ حيث يؤدى إلى عديد من المشكلات السلوكية التي تتبئ بسلسلة من النتائج الضارة في مرحلة الرشد تشمل الانحراف والسلوك التدميري والإجرامي ، وهذا يعنى أن الكثير من الأطفال المصابين باضطراب المسلك يتحولون إلى مجرمين عندما يصبحون راشدين ، ويرى عدد من الباحثين أن البداية المبكرة لاضطراب المسلك تكون مستقرة بدرجة ملحوظة ، فوجد أن ٦٢% من الأطفال الذين تبلغ أعمارهم ثلاث سنوات والمصابين باضطراب المسلك استمروا في سلوكياتهم المضطربة حتى سن الثامنة ، كما أن الأطفال الذين بدأوا في الأعمال العنيفة الخطيرة قبل سن الحادية عشر يستمرون في هذا النوع من الإساءة بعد سن العشرين (بابينسكى وآخرون .Babiniski et al ، ١٩٩٩ ؛ فيشر وآخرون .Fisher et al ، ٢٠٠٢) ، وفي الواقع فإن حدوث اضطراب المسلك من جانب الأطفال والمراهقين ينبيء بحدوث مشكلات تالية في مرحلة الرشد تشمل السلوك الإجرامي ، وتعاطي الخمور ، والشخصية المضادة للمجتمع ، كما ينبيء اضطراب المسلك أيضاً بحدوث العديد من الاضطرابات السيكاترية كالاكتئاب والاضطرابات الذهانية ... إلخ يضاف إلى ذلك أن هناك العديد من الأفراد يقعون ضحايا لما يقترفه مثل هؤلاء الأفراد المضطربين سلوكياً من أفعال مضادة للمجتمع كالقتل والاغتصاب والسرقة بالإكراه وإحراق المباني والممتلكات عن عمد .

مسار الاضطراب :

توصلت نتائج دراسة مانيوزا وآخرون .Mannuzza et al (٢٠٠٤)

إلى أن الأطفال الذين حدث لهم اضطراب المسلك في سن عشر سـنوات ، وإحدى عشر سنة كانت حالتهم أكثر سوءاً في فترة المتابعة في سـن ١٤ ، ١٥ سنة ، وذلك بدرجة أكبر مما في حالة الأطفال الذين لـديهم مـشكلات أخرى .

وأشارت نتائج دراسة هيل Hill (٢٠٠٢) إلى أن نصف الأفراد في المرحلة العمرية من ٨ – ١٠ سنوات الذين يتسم سلوكهم بمعاداة المجتمـع ظل هذا السلوك يلازمهم حتى سن ١٤ سنة ، وفي سن ١٨ سـنة وجـد أن ٤٣% منهم كان سلوكهم أكثر عداءً للمجتمع .

وأوضح فيتارو وآخرون Vitaro et al. (٢٠٠١) أنه نادراً ما يوجد راشد لديه سلوك مضاد للمجتمع لم يظهر لديه اضطراب المسلك وهو طفـل على الرغم من أن هناك نسبة تصل إلى ٥٠% من الأطفال الذين تم تحديدهم على أن لديهم اضطراب المسلك كان سلوكهم معادياً للمجتمع عنـد دخـولهم مرحلة الرشد ، بينما أوضحت نتائج زوكوليللو وروجـرز Zoccolillo & Rogers (١٩٩١) أنه من ٤٠% – ٥٠% مـن الأطفـال الـذين لـديهم اضطراب المسلك يحدث لديهم اضطراب الشخصية المعادية للمجتمـع فـي مرحلة الرشد .

وأوضح وودوارد وفيرجسون Woodward & Fergusson (١٩٩٩) أن الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك ولم يظهروا اضطراب الشخـصية المعادية للمجتمع قد يحدث لهم سلسلة من الاضطرابات النفسية الأخرى بمـا في ذلك سوء استخدام المادة ، والهوس ، والفصام ، والوسـواس القهـري ، واضطراب الاكتئاب الحاد ، واضطراب الهلع .

ويشير روبنـز Robins (١٩٩١) أن روبتـرال Robtral اختبـر

مجموعة من الراشدين الذين كانوا يعانون من اضطراب المسلك في مرحلة الطفولة ليرى ما إذا كانوا يستوفون المحكات التشخيصية لاضطراب الشخصية المعادية للمجتمع أم لا ، وتوصل إلى أن ٤٨% من المفحوصين الذين استوفوا المحكات التشخيصية بدأت أعراضهم المرضية بعد سن ١٢ سنة ، وأن ٣٥% من المفحوصين الذين استوفوا المحكات التشخيصية بدأت أعراضهم المرضية بين ٦ - ١٢ سنة ، وأن ٧١% من المفحوصين الذين استوفوا المحكات التشخيصية بدأت أعراضهم المرضية قبل سن السادسة .

وأوضحت ليابو وريتشاردسون Liabo & Richardson (٢٠٠٧) أن الفتيات المراهقات المصابات باضطراب المسلك كان مسار الاضطراب لديهن سيئاً كما هو الحال لدى الذكور ؛ حيث استوفي معهن المحكات التشخيصية للقلق والاكتئاب ، كما عانى ٨١% من أفراد العينة من مشكلات متعددة منها الهروب من المدرسة ، والخروج عن القانون ، والهروب من البيت ، والحمل قبل عمر ١٧ سنة ، ومحاولات الانتحار .

وتؤكد دراسة قام بها هربرتز وآخرون .Herpertz et al (٢٠٠٥) حدوث معدلات عليا للوفيات نتيجة للعنف بين الأفراد الصغار الذين تم تشخيصهم على أنهم يعانون من اضطراب المسلك ، بالإضافة إلى حدوث مشكلات طبية نفسية عديدة ، كما أن الكثير منهم يحدث لديه سلوكيات مضادة للمجتمع تشمل السرقة ، والعنف مع الآخرين ، وتدمير الممتلكات ، واستخدام المخدرات ، وحمل واستخدام الأسلحة ، والعنف الجماعي .

وتوصل هارادا وآخرون .Harada et al (٢٠٠٢ أ) إلى أن اضطراب المسلك يرتبط بكل من الفشل في إتمام أو استكمال التعليم المدرسي ، والعلاقات البينشخصية الرديئة وعلى الأخص عدم استقرار

العلاقات الأسرية ، والبطالة ، والطلاق ، والاعتماد على الغير ، وقد وجد أن هذه المشكلات تؤدى إلى الإساءة للجيل القادم من الأطفال وبالتالي إلى زيادة الفرصة لديهم لحدوث اضطراب المسلك ، ونظراً لأن اضطراب المسلك يُعد اضطراباً شائعاً وله نتائج سائدة طويلة الأمد فمن المهم جداً اعتباره مشكلة صحية عامة على قدر كبير من الأهمية .

وينبئ اضطراب المسلك بسلسلة من النتائج الضارة في مرحلة الرشد ، وهذه النتائج تشمل الانحراف ، والسلوك الإجرامي ، والتسرب من المدرسة ، والتحصيل التعليمي الردئ ، وإدمان الخمر ، وسوء استخدام المخدرات ، والنتائج الرديئة فيما يتعلق بالعمل والزواج ، والعنف الأسرى ، والإساءة للطفل وسلسلة من الاضطرابات النفسية الأخرى (شامبيون وآخرون Champion et al. ، ١٩٩٥ ؛ روتر Rutter ، ١٩٩٧ ؛ ريالموتو وآخرون Realmuto et al. ، ٢٠٠٤) .

وحوالي ٤٠% من الأطفال الذين تبلغ أعمارهم من ٧ – ٨ سنوات والذين لديهم اضطراب المسلك يصبحون منحرفين وهم في مرحلة المراهقة وأن ما يزيد على ٩٠% من الأحداث الجانحين الذين يعودون إلى ممارسة سلوك الانحراف كان لديهم اضطراب المسلك وهم أطفال ، ونظراً لأن الحالة لا يمكن تتبعها نسبياً عند تشخيصها في مرحلة المراهقة وتكون مستقرة أو ثابتة بمرور الوقت فإن الكثير من المراهقين الذين لديهم سلوك معادى للمجتمع يتطلبون علاجاً في مرحلة الرشد (كازدين Kazdin ، ١٩٩٦) .

ويرى محمد المهدي (٢٠٠٧) أنه في الحالات البسيطة والمتوسطة وغير المصحوبة باضطرابات نفسية أو خلل في القدرات العقلية فإن مآلها يكون مشجعاً خاصة إذا انتبهت الأسرة لمشكلات الطفل وبادرت إلى التماسك

والتكاتف لحلها في حالة وجود الأب ، ووجود حالة من الدفء العاطفي داخل الأسرة ، ووجود حالة من الحب يعيشها الابن أو البنت مع شخص مهم في حياته كالأب أو الأم أو المدرس أو الأخصائي النفسي أو الاجتماعي أو المرشد الديني .

وبتتبع سير المرض لدى الأطفال الذين تم تشخيصهم بما يفيد وجود اضطراب المسلك نجده رديئاً ، ولقد لخصت كرالك Kralik (٢٠٠٩) العديد من الدراسات الطولية التي تفحص السلوك المعادى للمجتمع مع متابعات استمرت ثلاثين عاماً ، وأوضحت نتائجها أن الكبار الذين يتسم سلوكهم بالعداء للمجتمع ومعاييره بدرجة كبيرة ، كان لديهم أيضاً سلوك معادى للمجتمع عندما كانوا أطفالاً ، ومع ذلك فأكثر من نصف الأطفال المعادين للمجتمع لم يستمروا ليصبحوا عدوانيين ومعاديين للمجتمع في مرحلة الرشد ، وبالتالي فإن مشكلات المسلك قد تكون شرطاً ضرورياً ، ولكنه غير كاف لوجود السلوك المعادى للمجتمع في مرحلة الرشد ، ويوضح الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية أنه كلما كان حدوث مشكلات المسلك مبكراً كلما كان من المحتمل بدرجة أكبر وجود اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع في مرحلة المراهقة ومرحلة الرشد .

وعلى الرغم من أن غالبية الدراسات التي أجريت في هذا الصدد تم إجراؤها على الذكور فإن دراسة مارمورستين Marmorstein (٢٠٠١) والتي تتبعت ٥٥ فتاة مراهقة من المودعات في المستشفي للعلاج من اضطراب المسلك ، أوضحت نتائجها أنه كما هو الحال بالنسبة للبنين أو الذكور كانت الغالبية العظمي من هؤلاء الخاضعات للدراسة لديهن تاريخ يفيد استخدام المادة ، وانطبقت عليهن تماماً المعايير التشخيصية للاكتئاب ، والقلق ، وهذه النتيجة تتمشى مع السير الردئ للاضطراب الموجود لدى

الذكور ، فكانت هناك نسبة تصل إلى ٨٨% من أفراد العينة لديهن مشكلات اشتملت على الوفاة قبل الأوان (٦%) ، والتسرب من المدرسة (٤%) ومواجهات مع النظام القضائي نتيجة الخروج على القانون (٥٠%) ، والهروب من البيت ليلاً (٢٨%) ، ومحاولات الانتحار (١٢%) .

ويتحسن الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك من النوع المعتدل بمرور الوقت ، ولكن في الحالات الحادة يستمرون حتى يصلون إلى مرحلة الرشد ، وهذا يؤدى إلى حدوث اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع أو مشكلات سلوكية أخرى (كابالدى وإيدى Capaldi & Eddy ، ٢٠٠٩) ، وكثير من الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك يتم طردهم من المدارس ووضعهم في ملاجئ أو يتم حبسهم ، وعندما يقوم الأطفال الذين تتراوح أعمارهم من ٨ سنوات إلى ١٨ سنة بخرق القانون يتم تصنيفهم تحت بند المنحرفون الأحداث أو الأحداث الجانحون Juvenile Delinquents ، وأكثر من نصف الأحداث الذين يتم القبض عليهم كل عام يكونون من ذوى السوابق أو من معتادي الإجرام Recidivists أو ممن يعودون إلى ارتكاب جرائمهم من جديد ، ويتورط الذكور بدرجة أكبر من الإناث في جرائم الأحداث وذلك على الرغم من أن المعدلات بالنسبة للإناث في ازدياد مستمر ، ومن المحتمل أن يتم القبض عليهن في جرائم استخدام المخدرات والجرائم الجنسية والهروب ، أما الذكور فيتم القبض عليهم نتيجة استخدام المخدرات وارتكاب الجرائم ضد الممتلكات ، ومعدلات القبض على المراهقين نتيجة ارتكابهم جرائم خطيرة ازدادت ثلاثة أضعاف خلال العشرة أعوام الماضية (رادو Radu ، ٢٠٠٩) .

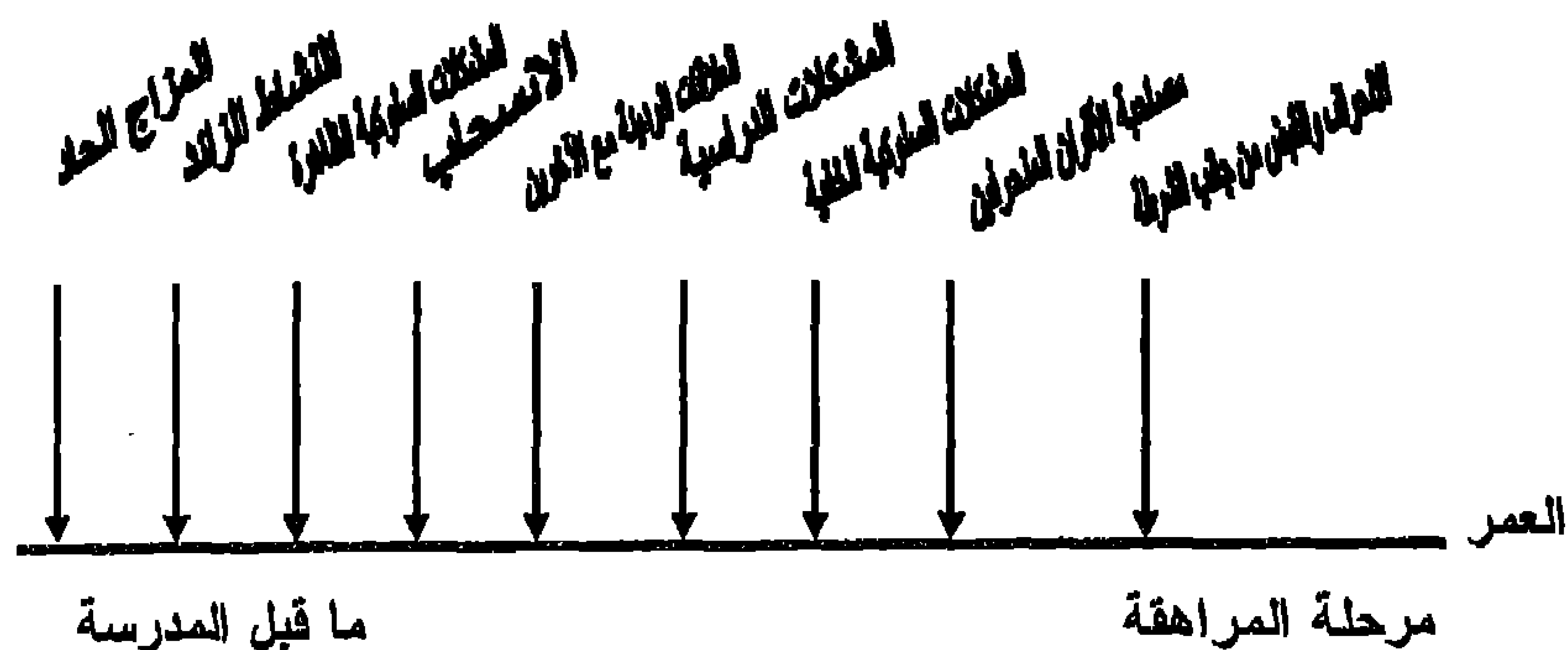
ويُعد اضطراب المسلك أخطر في تتابعه أو نتائجه من اضطراب العناد والتحدي ، ويرجع ذلك إلى انتهاك المعايير المجتمعية الهامة ، والاستخفاف

بحقوق الآخرين ، وتتضمن السلوكيات الملازمة لاضطراب المسلك عادة الأعمال العدوانية التي تسبب الأذى أو تهدد الناس والحيوانات بإلحاق الضرر بهم ، أو السلوك الذي يسبب إتلاف الممتلكات ، كما يتضمن أيضاً الخداع أو السرقة ، والانتهاكات الخطيرة للقواعد ، والعديد من سمات هذه السلوكيات لابد أن تحدث في السنة الماضية أو لابد أن يمر عليها عام كامل ، وان يكون أحد هذه السلوكيات على الأقل قد حدث خلال الستة شهور الماضية ، وذلك لكي يتم التشخيص بما يفيد وجود اضطراب المسلك .

وعلى الرغم من أن العدوان البدني ليس موجوداً في جميع حالات اضطراب المسلك إلا أنه يعد مشكلة شائعة وسبباً لكثير من الإصابات والوفيات ، فهناك نسبة تصل إلى ١٥% تقريباً من تلاميذ المدارس الثانوية ذكروا أنهم اشتركوا في قتال بدني في المدرسة خلال مدة لا تتجاوز الشهر ويُعد التصرف بقسوة وغطرسة مع الآخرين (البلطجة) مشكلة كبيرة في كثير من المدارس ، كما يعتبر العدوان البدني المبكر مؤشراً أو منبئاً بمصاعب أو مشكلات فيما بعد ، فالأولاد أو الصبية العدوانيين في مرحلة الطفولة من المحتمل أن يكونوا عدوانيين فيما بعد في حياتهم أو في فترة لاحقة من حياتهم (برامي وآخرون .Brame et al ، ٢٠٠١) وهناك دليل على أن المعاملة التي تتضمن مساعدة الوالدين على التعامل مع الضغوط ، وتعليمهم مهارات والدية أفضل تقلل من السلوك العدواني والمعادى للمجتمع عند الأطفال ، وهذا يوحى بأن العلاقات الرديئة بين الطفل والوالدين أو أحدهما تصف أو تصور الكثير من هذه الحالات (كازدين ووتيلى Kazdin & Whitley ، ٢٠٠٣) .

وعلى الرغم من أن اضطراب المسلك يحدث في كل البلاد والثقافات ، فإن مستوى حدوثه يختلف من ثقافة إلى أخرى ، ورغم هذا الفرق فإن العوامل التي تتنبئ بحدوث اضطراب المسلك على المدى الطويل تعتبر

متشابهة عبر كل من الزمان والمكان ، ولا يتلقي البنين التشخيص بدرجة أكبر من البنات ، ولكن النمط العمري له دور في ذلك ، فبالنسبة للبنين الذين تتراوح أعمارهم من ١٠ - ٢٠ سنة فإن المعدل يكون أعلى في سن العاشرة وينخفض بعد ذلك ، وبالنسبة للبنات فإن منتصف مرحلة المراهقة يمثل الذروة في هذا السلوك ، وذلك على الرغم من أن المعدل الإجمالي يظل منخفضاً عن المعدل بالنسبة للبنين ، والأفراد الذين يستمرون في الاضطراب حتى نهاية المراهقة وتنطبق عليهم المعايير التشخيصية بالنسبة لاضطراب المسلك يكونون في مخاطرة كبيرة من جراء حدوث السلوك المعادى للمجتمع وسوء استخدام المادة ، وساعدت الدراسات الطولية أو التتبعية بدرجة كبيرة على فهم الأنماط السلوكية المنافية للأعراف السائدة في المجتمع وذلك عن طريق كشف حركة السير العام أوالإنمائي والتباينات الهامة في هذا الصدد ، ويعرض الشكل التالي ترتيب الأشكال المختلفة للسلوك الفوضوي أو المشين والسلوك المعادى للمجتمع وذلك من مرحلة الطفولة المبكرة حتى مرحلة المراهقة .



شكل (١) الأشكال المختلفة للسلوك الفوضوي أو المشين والسلوك المعادى للمجتمع من الطفولة حتى المراهقة

والعلامات الأولية للسلوك المنافي للقواعد والأعراف السائدة في المجتمع يمكن النظر إليها على أنها تتمثل في المزاج الحاد أو الصعب Difficult Temperament في السنوات الأولى من حياة الطفل والذي يتم التعبير عنه أو إظهاره في صورة سرعة الغضب ، والنوم غير المنتظم ، وأنماط تناول الطعام ، وسرعة الاهتياج ، وذلك استجابة أو رداً على الأحداث الجديدة ، وأثناء سنوات ما قبل المدرسة والسنوات الأولى في المدرسة تؤدى أوجه الضعف الإنمائية العصبية Neurodevelopmental إلى نشاط زائد Hyperactivity مع وجود مخاطرة متزايدة من جراء حدوث أشكال بسيطة من أوجه السلوك العدواني والمعارض والتي تصل إلى ذروتها خلال سنوات ما قبل المدرسة (ترمبلاى Tremblay ، ٢٠٠٠) .

ويظهر الأطفال في سن ما قبل المدرسة والذين لديهم اضطراب العناد والتحدي نوبات من الغضب تعبر عن المزاج الحاد والاهتياج ، والحقد ، وتظل هذه السلوكيات مستقرة أو ثابتة من سنتين إلى ثلاث سنوات من العمر (كامبل Campbell ، ٢٠٠٢) ، ثم يُظهر الأطفال بعد ذلك مشكلات منها التحكم الرديء في الذات والتي عادة يصاحبها أسلوب والدي رديء ، ومستويات عالية من الضغوط ، وكل ذلك يُعد من المنبئات القوية التي سيستمر فيها الطفل أو يمر بها ونقصد بذلك مشكلات المسلك ، ومعظم الأطفال الذين لديهم مشكلات المسلك يظهرون أشكالاً جديدة من السلوك المنافي للأعراف والقواعد السائدة في المجتمع وذلك بمرور الوقت ، ويصاحب المهارات الاجتماعية الرديئة وأوجه العجز المعرفي السلوكيات التي تدل على العناد والتحدي ، والتي من شأنها أن تولد استعداداً مسبقاً لدى الأطفال للعلاقات الرديئة مع الأقران ، والنبذ من جانب الرفاق أو الأقران ، والعزلة الاجتماعية كالانسحاب أو الإحجام ، وعندما يدخل الطفل المدرسة

فإن الاندفاعية ومشكلات الانتباه تؤديان إلى وجود صعوبة القراءة كما تؤدى إلى الفشل في الدراسة (ماش وولف Mash & Wolfe ، ٢٠٠٧) .

وتبدأ مشكلات المسلك الخفية أو المستترة مثل التزويغ من المدرسة أو استخدام المادة في مرحلة الطفولة ، وتزداد حدة هذه المشكلات في مرحلة المراهقة المبكرة ، ومن سن الثامنة إلى العاشرة تبدأ في الظهور سلوكيات كالتشاجر والفتونة ، وإشعال الحرائق ، والتخريب ، والقسوة تجاه الحيوانات والناس ، والسرقة ، وخلال مرحلة المراهقة تصبح المشكلات الجسيمة المتعلقة باضطراب المسلك أكثر تكراراً ، ويزداد السلوك المنحرف بدرجة كبيرة جداً في مرحلة المراهقة المتوسطة ويصل إلى ذروته في حوالي السابعة عشر من العمر ، ويلي ذلك انخفاضاً كبيراً جداً في مرحلة المراهقة المتأخرة ومرحلة الرشد المبكرة ، وتتميز مرحلة المراهقة بالاختلاط الشديد بالأقران المنحرفين وبمستويات عالية أو مرتفعة في مرات القبض على هؤلاء المراهقين من جانب الشرطة ، ومن سن الثانية عشر إلى الرابعة عشر ، فإن تدمير الممتلكات ، والهروب من البيت ، والهجوم المفاجئ بقصد السرقة والكسر أو الاقتحام ، واستخدام السلاح ، وممارسة الجنس بالإكراه كل ذلك يحدث وبتكرار مرتفع (لاهي ووالدمان Lahey & Waldman ، ٢٠٠٣) .

ويظهر الأفراد الذين لديهم مشكلات المسلك عند سن الثامنة عشر أوجه سلوك تؤذيهم : تنبئ بمستقبل تسوده السلوكيات المعارضة لقواعد وأعراف المجتمع بما في ذلك الاعتماد على المخدرات والخمور والجنس غير الآمن والتهور في قيادة السيارات (ميللر Miller ، ٢٠٠٥) .

وهل يعنى هذا السير الإنمائي للاضطراب أن كل طفل صغير لديه مشكلات سلوكية يصبح مراهقاً منحرفاً ؟ بالقطع لا ، فعلى الرغم من أن

بعض الأطفال يعرضون أو يظهرون أقصى درجة لسير الاضطراب ، فهناك أطفال آخرون يمتنعون عن الاستمرار في سلوكياتهم المنافية للأعراف والقواعد السائدة في المجتمع في سن مبكرة ، وهناك نسبة تصل إلى حوالي ٥٠% من الأطفال الذين لديهم مشكلات سلوكية يتحسنون بالفعل ، والأطفال الذين يكفون أو يمتنعون عن هذه السلوكيات المشينة يميلون إلى أن يظهروا مستويات متدنية فيما يتعلق بمشكلات المسلك المبكرة ، ويكون لديهم ذكاء أعلى ، وينتمون إلى مستويات اجتماعية اقتصادية مرتفعة ، وتكون صداقاتهم مع الأفراد المنحرفين ضعيفة أو منعدمة ولهم والدين لديهما المزيد من المهارات الاجتماعية ، وتكون علاقاتهم الأسرية سوية وخالية من الاضطراب إلى حد كبير (لاهي وآخرون Lahey et al. ، ٢٠٠٢) .

ومما يجب الإشارة إليه أن الأطفال الذين يمتنعون عن الاستمرار في السلوك الذي لا يتفق مع القواعد والأعراف والمعايير السائدة في المجتمع في سن مبكرة قد يظهرون مشكلاتهم في مرحلة الرشد المبكر مما يوحى بأن شفائهم يكون غير تام أو غير مكتمل (موفيت وآخرون Moffitt et al. ، ٢٠٠٢) ، وهناك أطفال آخرون يظهرون مستوى منخفض ومزمن من السلوكيات المعادية للمجتمع وذلك منذ مرحلة الطفولة أو مرحلة المراهقة حتى مرحلة الرشد (فيرجسون وهورwood Fergusson & Horwood ، ٢٠٠٢) ، وهذه الفروق تجعلنا نضع في اعتبارنا التباينات الهامة في السير العام للاضطراب .

وهناك الكثير من المسارات المتعلقة بحدوث السلوك المعادى للمجتمع أو للأعراف والقيم السائدة في المجتمع ، ومع ذلك فإن الدليل الموجود عبر الثقافات يؤيد وجود مسارين شائعين هما : المسار المستمر مدى الحياة

The Life Course - Persistent Path (LCP) ، والمسار المحدد بمرحلة المراهقة The Adolescent - Limited Path (AL) .

المسار المستمر مدى الحياة : (LCP)

يصف هذا المسار الأطفال الذين يمارسون العدوان والسلوك الذي لا يتفق مع الأعراف والقواعد السائدة في المجتمع في سن مبكرة ، ويستمرون في ذلك حتى مرحلة الرشد ؛ فيظهرون العض والضرب في سن الرابعة ؛ والسرقة من المحلات والهروب من المدرسة في سن العاشرة ، وبيع المخدرات وسرقة السيارات في سن السادسة عشر ، والسرقة المسلحة والاغتصاب في سن الثامنة والعشرين ، والغش والاحتيال والإساءة إلى الآخرين في سن الثلاثين ، ويظل طبعهم السائد كما هو ، ولكن الطريقة التي يعبرون بها عن هذا الطبع أو الميل أو النزعة تتغير مع ظهور فرص جديدة أثناء مراحل النمو ، وبالنسبة لهؤلاء الأطفال يبدأ السلوك المعادى للمجتمع لديهم مبكراً ، وذلك بسبب أوجه العجز النفسعصبية Neuropsychological Deficits الخفية التي قد تتدخل في نموهم اللغوي وفي الذاكرة والسيطرة على الذات مما يؤدى إلى تأخر معرفي ومزاج صعب في سن الثالثة أو سن أصغر من ذلك ، وتزيد أوجه العجز أو الضعف من استعداد الطفل لإظهار مشكلات المسلك ومشكلات العناد والتحدي (لانسفورد وآخرون Lansford et al. ، ٢٠٠٢) .

وحوالي نصف الأطفال الذين يظهرون مستويات مرتفعة من السلوكيات المعادية للمجتمع يستمرون في المسار المستمر مدى الحياة وذلك باشتراكهم في الأشكال الأقل خطورة الخاصة بالسلوك غير العدواني المنافي للأعراف والقواعد السائدة في المجتمع (على سبيل المثال السرقة ، والتزويغ أو الهروب من المدرسة) وذلك خلال مرحلة الطفولة المتوسطة

ويلي ذلك الاشتراك في أنشطة منحرفة أكثر خطورة خلال مرحلة المراهقة ، ويمثل هؤلاء الأفراد المجموعة الفرعية من المراهقين الذين يرتكبون جرائم العنف والتسرب من المدرسة (برامى وآخرون .Brame et al ، ٢٠٠١) .

ويعرض الشباب الذين يندرجون تحت المسار المستمر مدى الحياة اتساقاً في سلوكهم عبر المواقف (على سبيل المثال الكذب في البيت ، والسرقة من المتاجر ، والغش في المدرسة) ، وهم كراشدين صغار يكون لديهم صعوبة في تكوين صداقات ، أو تكوين علاقات دائمة ، ويظهرون عدم الثقة والعدوانية تجاه الآخرين ، والاندفاعية ، والسيكوباتية ، وعدم القدرة على الاسترجاع التلقائي Spontaneous Recovery ، ويدوم المسار المستمر مدى الحياة من خلال التراكم المستمر لنتائجه أو عواقبه ، فعلى سبيل المثال التحكم الذاتي الردئ Poor Self Control ، والذكاء اللفظي المتدني قد يؤديان إلى اتخاذ قرارات يتعذر إلغاؤها كالتسرب من المدرسة ، أو اللجوء إلى استخدام المخدرات (ماش وولف Mash & Wolfe ، ٢٠٠٧) .

ويتضمن المسار الذي يستمر مدى الحياة الحدوث المبكر ، والانحراف المتنوع ، وازدياد الجرائم الخطيرة ، والاستمرار في ذلك حتى مرحلة الرشد ويمثل ذلك نسبة تصل إلى حوالي ٥% : ٨% من العينة السكانية ، والأفراد المخالفين للقانون والذين ينتمون إلى هذا المسار يظهرون مجموعة من الجرائم والسلوكيات التي يمكن ملاحظتها عند الأطفال والشباب والتي تتمثل في العض والضرب في عمر ٤ سنوات ، والسرقة من المحلات التجارية والتزويغ من المدرسة في عمر ١٠ سنوات ، وبيع المخدرات وسرقة السيارات في عمر ١٦ سنة ، والسرقة بالإكراه والاغتصاب في سن ٢٢ سنة والغش والتزوير والاحتيال والإساءة إلى الأطفال الصغار في سن ٣٠ سنة ،

والإدمان والبطالة وعدم الاستمرار في العمل ، وقيادة السيارات تحت تـأثير المخدرات والاعتداء العنيف والعنف الأسرى وإهمـال الأطفـال والهجـر والمرض النفسي بعد سن الأربعين (ليندلى Lindley ، ٢٠٠١) .

المسار المحدد أو الخاص بمرحلة المراهقة : (AL)

يصف هذا المسار الأفراد الذين يظهرون السلوك المنافي للمجتمـع أو الذي لا يتفق مع القواعد والأعراف والمعايير الاجتماعية السائدة في المجتمع عند البلوغ تقريباً ، ويستمر طوال مرحلة المراهقة ، ولكنهم يمتنعون فيمـا بعد عن هذه السلوكيات خلال مرحلة الرشد المبكر ، ويتضمن هذا المـسار سلوك الأحداث المعادى للمجتمع ، ويظهر الأطفال الـصغار فـي المـسار المحدد بمرحلة المراهقة سلوكاً معادياً للمجتمع أقل حدة مما في حالة الأطفال في المسار المستمر مدى الحياة ، ومن المحتمل بدرجة أقل أن يتسربوا مـن المدرسة ، ويكون لديهم روابط أسرية أقوى ، ويرتبط نـشاطهم الانحرافـي غالباً بعوامل موقفية مؤقتة ، ولاسيما تأثيرات الرفاق ، وسلوك الصغار في المسار المحدد بمرحلة المراهقة لا يكـون متـسقاً عبـر المواقـف فربمـا يستخدمون المخدرات أو يلجأون إلى السرقة من المحـلات وهـم بـصحبة أصدقائهم ، وعلى الرغم من ذلك فإنهم يستمرون في إتباع القواعد ويبلـون بلاءً حسناً في المدرسـة (مـاش وولـف Mash & Wolfe ، ٢٠٠٧) ، والانجذاب للمزايا التي يتمتع بها الكبار والممنوعة على الصغار مثل شرب الخمور ، وقيادة السيارات ، وممارسة الجنس كل ذلك يدفع بعض الـصغار الذين لديهم القليل من علامات المخاطرة السابقة للاشتراك في هذه السلوكيات التي لا تتفق مع القواعد والأعراف السائدة في المجتمع عندما يدخلون مرحلة المراهقة ، وهؤلاء الصغار يلاحظون أقرانهم الذين يندرجون تحت المـسار المستمر مدى الحياة ، والذين يحصلون على المزايا التي يتمتع بهـا الكبـار ويقلدون أنشطتهم الانحرافية ، وفي النهاية عندما يحصلون على هذه المزايا وتصبح سهلة المنال لهم ، فإن الصغار الذين يندرجون تحت المسار المحدد

بمرحلة المراهقة يتوقفون عن سلوكياتهم المخالفة للقانون ويعتمدون بدلاً من ذلك على سلوكيات حميدة ، ومرغوب فيها ، وتتمشى مع القيم التي تعلموها قبل مرحلة المراهقة (موفيت وآخرون .Moffitt et al ، ٢٠٠٢) .

ويستمر بعض الصغار في المسار المحدد بمرحلة المراهقة – على عكس التوقعات – في عرض السلوك المعادى للمجتمع إلى أن يصلوا إلى العقد الثاني من العمر قبل أن يتوقفوا عن هذا السلوك في نهاية المطاف ، وهناك صغار آخرون لا يكفون إطلاقاً عن ممارسة هذه السلوكيات عندما يبلغون العقد الثاني من عمرهم ، ولكنهم يستمرون في عرض مستويات أعلى من المستويات العادية أو الطبيعية للاندفاعية ، وسوء استخدام المادة والاعتماد عليها ، وارتكاب جرائم تدمير الممتلكات (ألزوف وآخرون .Althoff et al ، ٢٠٠٣) .

وتكون الأضرار التي تحدث في مرحلة الرشد المبكر نتيجة لأصداء أو نتائج السلوك المنافي للأعراف المجتمعية والذي يغلق الباب أمام الحصول على مواصلة التعليم العالي أو الحصول على وظيفة جيدة أو جذب شريك حياة مؤيد أو مساند ، والنتائج أو العواقب الشائعة تتضمن التسرب من المدرسة ، وإدمان المخدرات ، والخمور ، والإصابات المسببة للإعاقة ، والبطالة ، أو عدم الاستقرار في العمل ، وارتباطات أسرية غير موصولة ، أو مفككة ، والحبس أو السجن ، والسمعة السيئة ، وصورة منحرفة عن الذات (ترفو Tervo ، ٢٠٠٥) ، والأفراد الذين لا يوجد لديهم تاريخ يفيد بوجود السلوك الذي لا يتفق مع الأعراف المجتمعية في مرحلة الطفولة ، والذين يبدعون النشاط المنحرف في مرحلة المراهقة يستمرون في المرور بمشكلات المسلك حتى مرحلة الرشد (موفيت وآخرون .Moffitt et al ، ٢٠٠٢) ولذا ؛ فإن الإشارة إلى هؤلاء الأفراد على أنهم يندرجون تحت

المسار الخاص بمرحلة المراهقة يعتبر أمراً مضللاً إلى حد ما .

وتحديد مسارات السلوك المضطرب (المسار المستمر مدى الحياة ، والمسار الخاص بمرحلة المراهقة) وتبايناتها يساعد على فهم السبب في أن السلوك المعادي للمجتمع عند الكبار يسبقه دائماً سلوك معادى للمجتمع خلال مرحلة الطفولة (برامى وآخرون .Brame et al ، ٢٠٠١) ، وعلى الرغم من ذلك فإن معظم المراهقين المعادين للمجتمع لا يصبحون راشدين معادين للمجتمع ، فعند مفترق طرق مرحلة الرشد المبكر نجد أن المراهقين في المسار المستمر مدى الحياة ، ومعظم المراهقين في المسار المحدد أو الخاص بمرحلة المراهقة يذهبون في طرق مختلفة ، ويكون السلوك المعادى للمجتمع مستقراً بالنسبة للصغار الذين في المسار المستمر مدى الحياة ، ولكنه يكون غير مستقراً أو غير ثابتاً بالنسبة للأفراد الذين في المسار الخاص أو المحدد بمرحلة المراهقة (ماش وولف Mash & Wolfe ، ٢٠٠٧) .

سياق نمو الاضطراب :

تظهر السلوكيات المعارضة للمجتمع ثم تضمحل أثناء النمو الطبيعي ، فمعظم الأطفال في مرحلة المشي يضربون ويركلون ويكسرون الأشياء عن قصد ، ويكذبون ، ويقاومون سلطة الكبار ، ولكن معظمهم يتعلمون أن يتحكمون في هذه السلوكيات في سن أو عمر دخولهم المدرسة ، وحوالي ٥٠% من الآباء يذكرون أن أطفالهم في سن ما قبل المدرسة كذبوا ، ودمروا الممتلكات وذلك على عكس ١٠% من الآباء الذين ذكروا نفس الشيء عن المراهقين الصغار ، وهذا الانحدار يعكس جزئياً قلة وعى الوالدين للمشكلات التي يواجهها مراهقيهم ، ومع ذلك يذكر المراهقون أن سلوكياتهم المعادية لمعايير المجتمع تتناقص بمرور العمر (ماش وولف Mash & Wolfe ،

٢٠٠٧) .

ويميل المخالفون للقانون في مرحلة المراهقة فقط على أن يكون لديهم تاريخ في مرحلة ما قبل المراهقة يفيد بوجود مشكلات في المسلك ، ومن الممكن أن يتصرفوا بطريقة مهذبة في البيت وفي المدرسة ، وهناك نسبة تصل إلى ٢٥% فقط من هؤلاء الأفراد والذين يبدعون الاضطرابات السلوكية في مرحلة متأخرة يستمرون في أعمالهم الانحرافية في مرحلة الرشد ، وبالمثل هناك دراسة كندية وجدت نسبة تصل إلى ٤% من الأولاد في مرحلة رياض الأطفال استمروا في سلوكياتهم المشينة حتى مرحلة المراهقة ، وتمثل ذلك في وجود معدل مرتفع في العدوان (ناجن وترميلاي Nagin & Tremblay ، ٢٠٠١) ؛ ولذا فإن التدخل العلاجي المبكر ، ولاسيما مع الأطفال العدوانيين الذين لديهم سلوكيات معادية للمجتمع تحدث في مرحلة مبكرة من حياتهم ، وكذلك التدخل العلاجي المبكر أيضاً مع الأطفال الذين لهم والدين لديهم نسبة مخاطرة عالية سيكون مفيداً مع هؤلاء الأطفال ، وينقذ الطفل والأسرة والمجتمع من النواحي النفسية والجسدية والمادية .

ومعظم الشباب يخالفون القواعد من وقت إلى آخر ، وهناك مجموعة من الأسئلة تحتاج إلى إجابة منها : هل سبق لك أن تحديت السلطة ، وكذبت وتشاجرت ، وهربت من المدرسة ، أو هربت من البيت ، وخالفت القواعد المفروضة عليك ، ودمرت الممتلكات ، وسرقت ، أو قمت بقيادة السيارة وأنت تحت تأثير الخمر ؟ إن الكثير من الشباب يعترف بهذه الأعمال التي لا تراعي القواعد والأعراف والمعايير السائدة في المجتمع ، وفي حقيقة الأمر فإن هناك نسبة تصل إلى ٨٠% من تلاميذ المدارس الثانوية يتناولون الخمر ، ٦٠% يدخنون السجائر ، ٥٠% يدخنون المارجوانا ، وهناك عدد

قليل جداً من المراهقين (حوالي ٦%) يمتنعون عن الاستمرار في ارتكاب السلوكيات المعارضة للمعايير السائدة في المجتمع ولا يمارسون هذه الأعمال بصفة نهائية ، ويثقون بالآخرين ، وغير أكفاء من الناحيــة الاجتماعيــة (جونستون وآخرون .Johnston et al ، ٢٠٠٢) .

ويوضح إدواردز Edwards (٢٠٠٥) المعــالم الهامــة للـسلوكيات المعادية للمجتمع في سياق النمو الطبيعي في النقاط التالية :

- تتنوع السلوكيات المعادية للمجتمع في حدتها أو شدتها فتتراوح من عــدم الطاعة إلى المشاجرة وتدمير الممتلكات .
- تتناقص السلوكيات المعادية للمجتمع بمرور العمر بينما هناك ســلوكيات أخرى تزداد بمرور العمر .
- تعتبر السلوكيات المعادية للمجتمع أكثر شيوعاً عند البنين عن البنات وذلك خلال مرحلة الطفولة ولكن هذا الفرق يضيق في مرحلة المراهقة .

وعلى الرغم من أن السلوكيات المعادية للمجتمع تتضاءل بمرور العمر فإن الأطفال الذين يتصف سلوكهم بدرجة عالية من العنــف الجــسمي فــي مرحلة الطفولة المبكرة يحتفظون بموقفهم بمرور الوقت (برويدى وآخرون .Broidy et al ، ٢٠٠٣) ، وأظهرت نتائج الدراسات الطولية التي أجريت في هذا الصدد أن السلوكيات العدوانية مثل الشجار أو العراك البدني المستمر كانت مستقرة بدرجة عالية مع وجود معامل ارتبــاط وصــلت قيمتــه ٠,٧ لمقاييس هذه السلوكيات التي تم إجراؤها في أوقات مختلفة (لوبير وآخرون .Loeber et al ، ٢٠٠٠) .

الصفات المرتبطة : Associated Characteristics

يرتبط باضطراب المسلك عدد كبير من العوامل منها على سبيل المثال

وليس على سبيل الحصر العوامل الخاصة بالطفل ، والأسرة ، والرفاق ، والمدرسة ، وبعض هذه العوامل يحدث بطريقة مشتركة مع اضطراب المسلك وهناك عوامل أخرى تزيد من احتمال حدوث اضطراب المسلك ، وهناك عوامل أخرى أيضاً تكون نتيجة لحدوث اضطراب المسلك ، ولكي نفهم هذا الاضطراب تماماً يجب أن نفحص هذه العوامل المتعددة وكيفية تفاعلها مع بعضها بمرور الوقت ، وفيما يلي تناول هذه العوامل :

١- العجز المعرفي واللفظي :

على الرغم من أن معظم الأطفال ذوى اضطراب المسلك لديهم ذكاء عادى ، فإنهم يحرزون أو يحققون درجات بواقع ٨ نقاط تقريباً أقل من أقرانهم عند حساب نسبة الذكاء Intelligence Quotient (IQ) (هوجان Hogan ، ١٩٩٩) ، وهذا العجز في نسبة الذكاء ربما يكون أكبر (أكثر من ١٥ نقطة) بالنسبة للأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك الذي يبدأ حدوثه وهم في مرحلة الطفولة (لينام وآخرون Lynam et al. ، ١٩٩٣) ، والدرجات المتدنية في نسب الذكاء عند الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك ترتبط بالحدوث أو التواجد المشترك لاضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد فعندما يوجد اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد إلى جانب اضطراب المسلك فإن الارتباط بين تدنى نسبة الذكاء والمخاطرة المتزايدة من جراء حدوث السلوك المعادى للمجتمع يكون واضحاً (روتر Rutter ، ٢٠٠٣) .

وتكون نسبة الذكاء اللفظي Verbal IQ أقل انخفاضاً عادة عن نسبة الذكاء الأدائي Performance IQ عند الأطفال ذوى اضطراب المسلك مما يوحى بوجود عجز نوعى سائد في اللغة (لينام وهنرى Lynam & Henry ، ٢٠٠١) ، وهذا العجز يؤثر على القراءة ، وعلى تلقى الأفكار ،

وعلى القدرة على حل المشكلات ، وتساهم أوجه العجز اللفظي واللغوي في حدوث السلوك المعادى للمجتمع (هاستنجس وآخـرون .Hastings et al ، ٢٠٠٠) ، وتلعب العوامل الأسرية دوراً هاماً أيضاً ، فالأطفال الذين يعانون من الضعف اللفظي Verbal Impairments والتعاسة الأسـرية يظهـرون الكثير من السلوك العدواني عما في حالة الأطفال الذين لديهم عامـل واحـد فقط وبالتالي فإن أوجه العجز اللفظي ربما تزيد من قابلية تعـرض الطفـل لتأثيرات البيئة الأسرية العدوانية ، وكيفية حدوث ذلك لا يمكـن معرفتـه ، ولكن يوجد احتمال أن أوجه العجز اللفظية عند الطفل تجعل مـن الـصعب على الوالدين أن يفهما احتياجات طفلهما وهذا يؤدى إلى إحباط الوالـدين ، وإلى ضعف التفاعلات الإيجابية ، ومصاعب أكبـر فـي تعلـم المهـارات الاجتماعية .

والأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك نادراً ما يفكرون في النتـائج والمضامين المستقبلية لسلوكهم أو تأثيره على الآخرين وعلى المجتمع الـذي يعيشون فيه ، فيفشلون في الكف عن سلوكهم الإندفاعي وكـذلك الاحتفـاظ بالقيم الاجتماعية ، أو تعديل سلوكهم ليتمشى مع الظروف المتغيرة ، وهـذا النمط يوحى بوجود أوجه عجز في الوظائف التنفيذية المشابهة لتلك التي لدى الأطفال الذين يعانون من نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (تـوبين وآخرون .Toupin et al ، ٢٠٠٠) ، ونظـراً لأن اضـطراب المـسلك ، واضطراب العناد والتحدي ، واضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنـشاط الزائد يحدثون معاً في وقت واحد تقريباً فإن أوجـه العجـز التـي يمكـن ملاحظتها عند هؤلاء الأطفال من الممكن أن تكون نتيجة لوجود اضـطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد في نفس الوقـت كحالـة مرضـية مشتركة (بنينجتون وأزونوف Pennington & Ozonoff ، ١٩٩٦) .

٢- المشكلات المدرسية الخاصة بالتعلم :

يظهر الأطفال الصغار الذين لديهم اضطراب المسلك مصاعب دراسية كثيرة منها ضعف الإنجاز أو التحصيل الدراسي ، والفشل في الدراسة ، ودخول امتحان الصف الواحد أكثر من مرة أو عدة مرات ، والالتحاق بفصول التربية الخاصة ، والتسرب من المدرسة ، والطرد من المدرسة (الرفت أو الفصل النهائي) ، والحرمان من الدراسة لفترات معينة (روزير وإيكليس Roeser & Eccles ، ٢٠٠٠) ، ويؤدي الإحباط وانخفاض الروح المعنوية المصاحبان للفشل الدراسي إلى حدوث سلوك معادى للمجتمع عند بعض الأطفال ، ويوجد دليل بسيط على أن الفشل الدراسي ليس هو السبب الرئيس للسلوك المعادى للمجتمع ولاسيما في مرحلة الطفولة المبكرة ؛ حيث يكشف الكثير من الأطفال الصغار عن أنماط من أوجه السلوك المعادى للمجتمع قبل وقت طويل من دخولهم المدرسة ، وهناك عوامل مشتركة مثل أوجه العجز النفسعصبية أو العجز اللغوي أو الظروف الاجتماعية الاقتصادية المتدنية ، وهذه العوامل المشتركة هي التي تبرز أهمية المشكلات السلوكية والمصاعب الدراسية (لاهى ووالدمان Lahey & Waldman ، ٢٠٠٣) .

والأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك من المحتمل بدرجة كبيرة أن يحدث لهم تدنى الإنجاز الدراسي في اللغة وفي القراءة ، وكما هو الحال في أوجه العجز المعرفي واللفظي لديهم يرجع سبب ذلك وجود الحدوث المشترك لاضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد فعندما لا يوجد اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد فإن الأطفال الذين يعانون من اضطراب المسلك لا يقل إنجازهم أو تحصيلهم الدراسي عن الأطفال الآخرين ، وبالتالي يرتبط اضطراب المسلك بضعف التحصيل الدراسي ولكن اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد عامل مشترك هام (ماش

وولف Mash & Wolfe ، ٢٠٠٧) .

ويؤثر اضطراب المسلك وضعف التحصيل الدراسي علـى بعـضهما البعض مع مرور الوقت ، فالعجز اللغوي المبكر يؤدى إلى أوجه عجز فـي القراءة والتخاطب والذي يؤدى بدوره إلى مزيد من السلوك المعادى للمجتمع في المدرسة الابتدائية ، والأطفال الصغار الذين لديهم مهارات دراسية رديئة من المحتمل بدرجة كبيرة أن يقل اهتمامهم إلى حد كبيـر بالمدرسـة ، وأن يصاحبوا الأقران المنحرفين ، ومع الدخول في مرحلـة المراهقـة تحـدث العلاقة بين السلوك المعادى للمجتمع وبين ضعف التحصيل الدراسي ويكون الحدوث قوياً (وايت White ، ٢٠٠٦) .

٣- تدني تقدير الذات :

على الرغم من أن الكثير من الأطفال الذين لديهم اضطراب المـسلك يكون تقديرهم لذواتهم متدنياً ، إلا أن وجهة النظر هذه لم تلق التأييد الكافي ، وخاصة أن السلوك المعادى للمجتمع يرتبط بتضخم مفهوم الذات ، كمـا أن الأطفال العدوانيين يبالغون في تقدير قبولهم من جانب الأطفـال الآخـرين (دافيد وكيستنر David & Kistner ، ٢٠٠٠) ، وأي تهديد لرأيهم المتحيز عن الذات يؤدى إلى العنف الذي يمثل طريقة لتجنب انخفاض أو تدنى مفهوم الذات (ماش وولف Mash & Wolfe ، ٢٠٠٧) ، وبالتالي فعلى الرغم من أن تقدير الذات ليس هو الاهتمام الرئيس فإن الأطفال الصغار الذين لـديهم اضطراب المسلك قد يمرون باضطرابات سلوكية أخرى في مفهـوم الـذات وهذه الاضطرابات تساهم في سلوكهم المعادى للمجتمع .

٤- مشكلات الأقران :

يظهر الأطفال الصغار الذين لديهم اضطراب المسلك عن عدوان لفظي

وبدني تجاه الأطفال الآخرين ، ويظهرون مهارات اجتماعية رديئة ، وعندما يكبرون في العمر فإن أقرانهم ينبذونهم في معظم الأوقات ، وذلك على الرغم من أن بعضهم يظل له شعبية كبيرة (رودكين وآخرون Rodkin et al. ، ٢٠٠٠) .

ويُعد النبذ الاجتماعي من جانب الأقران في المدرسة الابتدائية عامل مخاطرة كبيرة بالنسبة لمشكلات المسلك لدى المراهقين فيما بعد ، فعلى سبيل المثال فإن الأطفال الذين يتم نبذهم لفترة تتراوح من سنتين إلى ثلاث سنوات في بداية المرحلة الابتدائية يكونون أكثر احتمالاً بواقع ٥ مرات عن الأطفال الآخرين لإظهار اضطراب المسلك بعد ذلك في مرحلة المراهقة ، وبعض هؤلاء الأطفال يصبحون فتوات في المدرسة ، ويعد ذلك نمط عدواني على نحو خاص يرتبط بالسلوك المعادى للمجتمع المستمر حتى مرحلة المراهقة ومرحلة الرشد ، كما أن هؤلاء الأطفال يكونون قادرين على تكوين صداقات إلا أنه لسوء الحظ فإن صداقاتهم تقوم غالباً على انجذاب متبادل للأفراد ذوى الاتجاه المعادى للمجتمع ، وتكون تركيبة هذا السلوك المبكر المعادي للمجتمع والذي يظهره هؤلاء الأفراد المنحرفين هو المؤشر على حدوث المشكلات السلوكية خلال مرحلة المراهقة (ڤيتارو وآخرون Vitaro et al. ، ٢٠٠٠) .

ويصبح الاشتراك أو التورط مع الأقران الذين يتصرفون تصرفات تتنافي مع الأعراف والمعايير والقواعد السائدة في المجتمع نمطاً ثابتاً بدرجة كبيرة جداً خلال مرحلة المراهقة يؤيد الانتقال إلى الأعمال الإجرامية خلال هذه المرحلة كالسرقة ، والهروب من المدرسة ، وسوف استخدام المادة ، والبلطجة (باترسون Patterson ، ١٩٩٦) ، ويعد التورط مع الأقران

المنحرفين واحداً من المنبئات القوية للنشاط الجنسي المبكـر فـي مرحلـة المراهقة ، كما أن حوالي ثلثي الجرائم المسجلة يرتكبها الشباب في صـحبة رفيقين أو ثلاثة رفاق من الأقران المنحرفين (فرنش وديشيون French & Dishion ، ٢٠٠٣) .

والصداقات التي تحدث بين الأطفال أو المراهقين الـذين يتـصرفون تصرفات لا تراعى الأعراف والقواعد السائدة في المجتمع هي صداقات غير مستقرة وتدوم لفترة قصيرة وتكون غير مثمرة ، وعنـدما يحـدث تفاعـل إيجابي بين هؤلاء الأفراد تتوسطه أو تتخلله أوجه السلوك القهرية التي تميل إلى التسلط ، وقد ينصب حوار هذه الفئـة علـى الـسلوكيات المنحرفـة ، ويكافئون بعضهم البعض بين الحين والآخر بخـصوص مناقـشاتهم بـشأن انتهاك القواعد ، ونادراً ما يتحدثون عن السلوك الـذي يحبـذه المجتمـع ، ونتيجة لهذا التعزيز الفارقي يصبحون متشابهين إلى حد كبير جداً في ميولهم المعادية للمجتمع مع مرور الوقت ، مما يؤدى إلى المزيد من التصعيد فـي تكرار وتنوع أنشطتهم المعادية للمجتمع .

والحقيقة التي تفيد بأن التورط مع الأقران المنحرفين تُعد منبئـاً قويـاً بشكل خاص لسوء استخدام المادة والسلوك المنحرف والعنف يجعل التـدخل أو علاج هذا الجانب ذو أولوية كبرى ، ولسوء الحظ فإن الكثير من البرامج الجيدة مثل العلاج الجماعي ، والبرامج الصيفية أو المعسكرات تتجـه إلـى خلق مجموعات من الشباب ذوى اضطراب المسلك ، وهذا الموقف نفسه هو الذي يحدث أكبر قدر من الضرر (جرانك ودايشون Granic & Dishion ، ٢٠٠٣) ، ويظهر الأطفال العدوانيون أيضاً أوجه عجز في كيفية تفكيـرهم في المواقف الاجتماعية فهم يقللون في تقدير عدوانهم وتـأثيره الـسلبي ، ويبالغون في تقدير العدوان الموجه نحوهم ، والمجموعات الفرعية للأطفـال

العدوانيين يفكرون في المواقف الاجتماعية بطرق مختلفة ، فعلى سبيل المثال نجد أن الأطفال العدوانيين التفاعليين (أي الذين يظهرون استجابة غاضبة ودفاعية تجاه الإحباط أو الاستفزاز) يظهرون تحيزاً عدائياً ، وهذا يعنى أن لديهم احتمال أكبر أن ينسبوا القصد السلبي أو النية السلبية للأطفال الآخرين ولاسيما عندما تكون نوايا الآخرين غير واضحة (على سبيل المثال عندما يصطدم طفل دون قصد بطفل آخر ، فإن هذا الطفل يعتقد أن الطفل الآخر فعل ذلك عن قصد) ، وعلى العكس ، فالأطفال العدوانيين الذين يلجأون إلى السلوك العدواني عن قصد للحصول على هدف مرغوب يكونون أكثر احتمالاً في أن ينظروا إلى أعمالهم العدوانية على أنها أعمال إيجابية ، وأن يقيموا الأهداف الاجتماعية المتعلقة بالسيطرة والانتقام وليس بالأخرى المتعلقة بالانتماء (هاستنجس وآخرون .Hastings et al ، ٢٠٠٠) .

ويظهر الأطفال العدوانيون قلة الاهتمام بالآخرين ، وتكون حلولهم للمشكلات الاجتماعية ضعيفة وتتسم بالمزيد من العدوانية وعدم الملاءمة للسلوك ، ومن المهم أن نضع في اعتبارنا أن كثيراً من الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك يعيشون في ظروف عدوانية محاطة بالتهديد ، وفي بعض الحالات فإن تحذيرهم نحو فهم أو رؤية التهديد والعدوان عند الآخرين على أنه انعكاس دقيق لوقائع العيش في عالم اجتماعي عدواني ، وأن أسلوبهم العدواني في التجاوب قد يكون تفاعلاً أو رد فعل ملائم لهذا العالم .

ويندرج تحت مشكلات الأقران موضوع مهم وهو الفتوات و ضحاياهم والحالة التالية توضح ذلك :

" كان جونى Johnny البالغ من العمر ١٣ سنة عبارة عن شيء بشرى يلهو به زملاؤه في الفصل يضايقونه بشدة ، ويضيقون عليه الخناق ليأخذوا منه نقوده ، ويجبروه على أن يبلع العشب أو النجيلة ، وأن يشرب

لبناً مخلوطاً بمسحوق الغسيل ، ويضربونه بشدة في دورة المياه ، ويربطونه بحبل ويجرونه كحيوان أليف من رقبته ويتمشون به " (أولويس Olweus ، ١٩٩٥) .

وتعتبر ممارسة الفتونة أو البلطجة Bullying بين أطفال المدارس شيئاً معروفاً منذ القدم ، وشيئاً مألوفاً ومؤذياً وشكلاً من أشكال السلوك المعادى للمجتمع ، وتحدث الفتونة أو ممارسة العنف ضد الأطفال عندما يقوم طفل أو أكثر بتعريض طفل آخر وبطريقة متكررة للممارسات السلبية ، ومثل هذه الأعمال العنيفة أو الممارسات السلبية قد تتخذ شكل الاتصال الجسدي ، والكلمات البذيئة ، وعمل حركات قذرة بالوجه أو إشارات باليدين من شأنها أن تؤذى مشاعر الطفل ، وتتضمن الفتونة دائماً عدم توازن في القوى لدرجة أن الضحية تجد صعوبة في الدفاع عن نفسها ، وهذه المشكلة تشكل مساحة كبيرة فهي تشمل ٧% أو أكثر من الأطفال الذين في عمر دخول المدرسة والذين يمارسون الفتونة أو البلطجة على الأطفال الآخرين ، وهذه النسبة تكون غالباً مرتفعة عند البنين عما هي عند البنات ، كما أن البنين في أغلب الأحيان هم الذين يكونون ضحية لأعمال الفتونة ، وحالة الطفل سواء ضحية أو فتوة تكون مستقرة وثابتة بمرور الوقت ، ويظهر الضحايا والفتوات سمات معينة عادة ؛ فالضحايا يتسمون بوجود أنماط سلوكية يغلب عليها القلق والخضوع والخوف والعجز ، كما يتسم الضحايا أيضاً بالضعف الجسدي ، وهؤلاء الأطفال يرسلون إشارة إلى الآخرين بأنهم إذا هاجمهم أحد أو أهانهم فإنهم سوف لا يردون عليه أو ينتقمون منه ، أما الفتوات فيتسمون بسلوكهم العدواني نحو الأقران والكبار ، ويكونون مندفعين ، ويحاولون دائماً السيطرة على الأطفال الآخرين ، كما يكونون أكثر قوة ، ويظهرون قدراً ضئيلاً من المشاركة الوجدانية أو الإحساس بضحاياهم ، ويشعرون بالرضا نتيجة إلحاق الأذى بالضحايا ورؤيتهم وهم يعانون أو يتألمون ، وتوصلت إحدى الدراسات إلى أن هناك نسبة تصل إلى ٤% تقريباً من الأولاد الذين

يمارسون الفتونة والعنف في المدارس ، وعندما وصلت أعمار هذه الفئة إلى ٢٤ عاماً تم إدانتهم في ثلاث جرائم أو أكثر (أولويس Olweus ، ١٩٩٥ ؛ سميث وآخرون .Smith et al ، ١٩٩٩ ؛ أولويس Olweus ، ٢٠٠٣) .

يتضح مما سبق أن الفتونة في المدارس تُعد نمط من أنماط السلوك المعادى للمجتمع ، والانتشار العالي لها وتأثيرها على الضحايا (من المحزن أن بعض الضحايا يلجأون إلى الانتحار) يولد مشكلة اجتماعية كبيرة ، ولمكافحة هذه المشكلة يجب أن تكون هناك تدخلات كبيرة في المدرسة ، ووضع قواعد واضحة لردع الفتونة ، وتقديم الحماية والمساعدة للضحايا ، ووضع سياسات من شأنها أن تزيد من الوعي بهذه المشكلة ، كما يجب تطوير هذه القواعد والسياسات واستخدامها بدرجة شديدة أو بقوة .

وهكذا ؛ يمكن القول بأن الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك يواجهون مشكلات بينشخصية في تفاعلهم أو تعاملهم مع الآخرين ولاسيما الأقران ، ويتضمن ذلك النبذ والفتونة أو البلطجة ، وصداقاتهم تكون غالباً مع الأطفال الآخرين الذين يتسم سلوكهم باختراق القيم والمعايير المتعارف عليها والسائدة في المجتمع ، كما أن سلوكهم المعادى للمجتمع يرتبط برؤية ذاتية غير مستقرة ومتضخمة وتتسم بالتردد .

٥- المشكلات الأسرية :

تعد المشكلات الأسرية من بين أقوى وأكثر السلوكيات التي لا تتفق مع الأعراف والقوانين السائدة في المجتمع ، والاضطرابات الأسرية هي حالة مرضية نفسية تتعلق بالوالدين ، وبتاريخ أسرى يفيد بوجود السلوكيات المعادية للمجتمع ، أو خلافات بين الزوجين ، وعدم الاستقرار الأسرى ، وإصابة أحد الوالدين أو كليهما بمرض نفسي يزيد من احتمال تعرض الطفل لاختلال الأداء الوظيفي بوجه عام ، وكما هو متوقع فإن احتمال حدوث

اضطراب المسلك للطفل يرتبط بوجود اختلال في الأداء الوظيفي لـدى أي من الوالدين ، وتتمثل الاضطرابات النوعية في الممارسات الوالديـة والأداء الوظيفي الأسرى ، والاستخدام الزائد عن الحد لأسلوب التأديـب القاسـي ، ونقص الإشراف ، ونقص المساندة النفسية ، والخلاف الوالدي حول أسلوب أو ممارسات التأديب (ماش وولف Mash & Wolfe ، ٢٠٠٧) .

وتؤدى الاضطرابات الأسرية العامة كالاكتئاب عنـد الأمهـات إلـى ممارسات والدية رديئة من شأنها أن تؤدى إلى السلوك الذي لا يتفـق مـع الأعراف والقواعد السائدة في المجتمع ، كما تؤدى المشاعر الخاصة بعـدم الكفاءة لدى الوالدين إلى المزيد من الاكتئاب عند الأمهات ، ويُعد ذلك أمـراً شائعاً لدى أسر الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك (نيفـد وآخـرون Nevid et al. ، ٢٠٠٨) .

وتُعد الممارسات الوالدية الرديئة مثل التأديب غير الفعال والسيطرة السلبية ، والاستخدام غير الملائم للثواب والعقاب ، والفشل في متابعة أو تتبع الأوامر ، وقلة أو نقص المشاركة في تربية الطفل من الأمور التي تزيد من احتمال تعرض الطفل لاضطراب المسلك (ديشيون وبيولوك Dishion & Bullock ، ٢٠٠٢) ، وقد يعرض الوالـدين أوجـه العجـز الاجتمـاعي المعرفي المشابهة لأوجه العجز عند أطفالهم ، وهذا يوحى بأن الميل الموجود لدى الأطفال المعادين للمجتمع لاستنتاج القصد العدواني قد يعكس الإدراكات الاجتماعية لوالديهم (نيفد وآخـرون Nevid et al. ، ٢٠٠٨) ؛ وهكـذا ؛ يمكن القول بأن نقص الترابط الأسرى ينعكس فـي الانفـصال العـاطفي ، والاتصال الردئ ، والتفكك الأسرى .

ويكون الصراع أو النزاع بين الأطفال الذين لديهم مشكلات سـلوكية وبين أشقائهم ، ويعرض الأطفال الذين لا يتم تحويلهم للعلاج قدراً كبيراً من

السلوك السلبي كالذي يعرضه تماماً الأطفال الذين يتم تحويلهم للعلاج حتى عندما يكون إخوانهم الذين لديهم مشكلات المسلك غير متواجدين (ماش وولف Mash & Wolfe ، ٢٠٠٧) وهذا يوحي بأن مصاعبهم ليست ببساطة عبارة عن ردود أفعال أو تفاعلات للسلوكيات التي تبعث على الضيق من جانب أشقائهم الذين لا يتوافق سلوكهم مع الأعراف والقواعد المتعارف عليها في المجتمع ، وهناك الكثير من الأسباب التي تجعل سلوكيات الأشقاء المعادية للمجتمع متشابهة منها الممارسات الوالدية الرديئة ، والنزاع بين الزوجين أو الوالدين ، والحالة المرضية النفسية للوالدين ، والتأثيرات الوراثية المشتركة ، ومهما كانت الأسباب التي تجعل سلوكيات الأشقاء المعادية للمجتمع متشابهة فإن تعاون الأشقاء فيما يتعلق بالسلوك المنحرف بين بعضهم البعض يزيد من مخاطرتهم من جراء حدوث السلوك المعادى للمجتمع فيما بعد .

وهكذا ؛ يتضح أن الاضطرابات الأسرية العامة ، واضطراب الممارسات الوالدية أو الأساليب التي يتبعها الوالدين في تفاعلهم مع أبنائهم ، والأداء الوظيفي الأسرى المختل من أقوى الارتباطات باضطراب المسلك والسلوك المعادى للمجتمع .

٦- المشكلات المتعلقة بالصحة :

يشترك الأفراد حديثي السن والذين لديهم اضطراب المسلك في الكثير من السلوكيات التي تعرضهم لمخاطرة كبيرة من جراء حدوث إصابات شخصية ، وعلل أو أمراض ، وتناول جرعات زائدة من العقاقير ، والأمراض التي تنتقل نتيجة للاتصال الجنسي ، وسوء استخدام المادة ، وتتراوح معدلات الوفاة المبكرة (قبل سن الثلاثين) نتيجة أسباب متعددة كالانتحار ، وحالات التسمم ، وحوادث السيارات ، وتناول جرعات زائدة من

المخدرات بين ٣ : ٤ مرات لدى الأفراد الذين يوجد لديهم اضطراب المسلك مقارنة بالأفراد الذين لا يوجد لديهم اضطراب المسلك ، وعلى عكس الاعتقاد السائد بأن الأشخاص الطيبون يموتون في سن مبكرة نجد أن هناك أشخاص غير طيبين يموتون في سن مبكرة (بول وآخرون Paul et al. ، ٢٠٠٠) .

ويرتبط السلوك المعادى للمجتمع أيضاً بالحدوث المبكـر والإصـرار على ممارسة النشاط الجنسي ، وهذا الأمر يعرض الشباب لمخاطر الإصابة بالإيدز ، وهناك ارتباط قوى أيضاً بين السلوك المعادى للمجتمع واسـتخدام المخدرات من جانب المراهقين ، فالشباب الذي استخدم المخدرات أو باعهـا يكون أكثر عرضة من الشباب الذي لا يستخدم المخدرات بأن يحمل مسدساً وينضم إلى عصابة ، ويستخدم المواد الكحولية (الخمور) ، أو يشترك في استضافة مجموعات أخرى من الأفراد ذوى السلوكيات المعادية للمجتمـع ، كما أن سوء استخدام المخدرات من جانب المـراهقين يـرتبط بالمخـاطر الوشيكة الحدوث التي تتمثل في العنف والحوادث ، والتسرب من المدرسة ، والمشكلات الأسرية ، والسلوك الجنسي المحفـوف بالمخـاطر (جيلفـارى Gilvarry ، ٢٠٠٠) ، كما أن الاستخدام المستمر للمخدرات يرتبط أيـضاً بالانحراف ، والسلوك الجنسي المبكر ، ويعد السلوك المعـادى أو المـضاد للمجتمع الذي يحدث في سن مبكرة عامل مخاطـرة معـروف لاسـتخدام المـراهقين للمخدرات وشـرب الخمـور (روتر Rutter ، ٢٠٠٠) .

ويتفاوت انتشار السلوك المنحرف حسب حدة أو شدة استخدام المادة ؛ حيث وجد أن هناك نسبة تصل إلى حوالي ١٠% من المستخدمين للمخدرات من بين المراهقين الذين يرتكبون أكثر من ٥٠% مـن جميـع الاعتـداءات والسرقات التي تسجل كجنايات وغيرها من الجرائم ، وأحد المعالم المميـزة للجرائم التي يرتكبها المراهقون هو استخدامهم للتبغ (الـدخان) والخمـور

والماريجوانا وذلك قبل سن ١٥ سنة (مـــاش وولــف Mash & Wolfe ، ٢٠٠٧) .

وهكذا ؛ يتضح أن الصغار الذين لديهم اضطراب المسلك يشتركون في الكثير من السلوكيات التي تضعهم على رأس المخاطرة العالية مـــن جـــراء المشكلات المتعلقة بالصحة والتي تتضمن الإصابات الشخصية ، والأمراض وتناول جرعات زائدة من الأدوية ، وسوء استخدام المادة ، والأمراض التي تنتقل نتيجة للمعاشرة الجنسية .

عوامل المخاطرة :

تشمل عوامل التنبؤ بالمخاطرة لاضطراب المسلك الـسلوك المعـــادى للمجتمع في مرحلة سابقة ، والنبذ أو الرفض من جانب الرفاق ، والعــدوان المبكر ، والحالة الاجتماعية الاقتصادية المتدنية للأسرة ، وسمات سيكولوجية تتمثل في مستوى عالي من النشاط أو مدى انتبـــاهي قـــصير ، والاهتمـــام المتدني بالتعليم ، والأسرة الكبيرة العدد ، وأســـاليب الوالـــدين المتعارضـــة والمتضاربة في التأديب ، وتفسر هذه العوامل من ٣٠ - ٤٠% من التبـــاين في اضطراب المسلك ، وتتضمن عوامل الحماية كل من المهارات الجيـــدة ، والمجاهدة أو التصرف ، والعلاقات المشجعة مـــع الكبـــار أو الراشـــدين ، والالتزام الأسرى بالقيم الاجتماعية (باسارات Bassarath ، ٢٠٠١) .

ونظراً لأن اضطراب المسلك يمثل مشكلة صحية عامة وعلى درجـــة كبيرة من الأهمية ، وللتقليل من حدة تكرار اضطراب المسلك فإن الخطـــوة الأولى هي التعرف على عوامل المخاطرة ، وتحديد الأطفال المحتمل بدرجة كبيرة أن تنمو لديهم هذه المخاطر ، ويتم النظر إلـــى عوامـــل المخـــاطرة الخاصة بنشوء اضطراب المسلك وتطوره فيما يتعلـــق بالطفـــل ، وكـــذلك

العوامل المتعلقة بالوالدين والبيئة ، ومن هذه العوامل :

١- العوامل المتعلقة بالطفل :

أ- المزاج أو الطبع :

يشير المزاج أو الطبع إلى عدد من السمات التي تظهر بعد الميلاد ، وأظهرت نتائج عدد من الدراسات أن الأطفال الذين تم تقديرهم على أنهم ذوى طبع أو مزاج حاد كانوا أكثر احتمالاً لإظهار الاضطرابات السلوكية فيما بعد ، والطبع أو المزاج الحاد يجعل الأطفال أكثر احتمالاً بأن يكونوا هدفاً لغضب الوالدين ، وهذا يرتبط بدوره باضطراب المسلك فيما بعد ، وعلى الرغم من ذلك أوضح ووتون وآخرون .Wootton et al (١٩٩٧) وجود علاقة قوية بين المزاج الحاد والمشكلات السلوكية رغم الممارسات الوالدية الجيدة ، كما أشارت نتائج دراسات أخرى إلى أن هؤلاء الأطفال نظراً لضعف المشاركة الوجدانية لديهم ، وعدم الشعور بالذنب ، والضيق العاطفي أو الانفعالي ينمو لديهم اضطراب المسلك .

٢- العوامل الوراثية :

يرى عدد كبير من الباحثين أن اضطراب المسلك يختلف عن اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (ADHD) وذلك بخصوص التأثير الوراثي أو الجيني فأوضح موجان Maughan (٢٠٠٤) أن ما بين ٥٥% - ٩٢% من أعراض اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ترتبط بعوامل وراثية ، ودعم باركلى Barkley (٢٠٠٣) هذه النتيجة وأضاف أن هذا التفشي ناتج عن عوامل وراثية وليس بفعل العوامل البيئية ، ومع ذلك هناك دليل ضئيل يوجي بأن العوامل الوراثية وحدها تساهم في وجود اضطراب المسلك ومن ثم فإنه من غير المحتمل أن النموذج الجيني يمكن أن يفسر السلوكيات المعقدة مثل اضطراب المسلك أو

النشاط الإجرامي .

٣- العوامل الجسمية :

أشارت نتائج دراسات عدد كبير من الباحثين إلى أن الأطفال الذين لديهم صرع أو اضطرابات أخرى تتعلق بوظيفة المخ أو الدماغ يكون لديهم مخاطرة متزايدة للإصابة باضطراب المسلك بالإضافة إلى الاضطرابات النفسية الأخرى .

وتوصل تود وآخرون .Todd et al (١٩٩٥) إلى أن الأطفال المرضى بمرض مزمن يكون لديهم احتمال حدوث اضطراب المسلك بنسبة ثلاثة أضعاف عن رفاقهم ، وفي حالة ما إذا كانت الحالة المرضية تؤثر على الجهاز العصبي المركزي فإن عامل المخاطرة يرتفع بنسبة خمسة أضعاف ، ولقد اتضح أيضاً أن المضاعفات في مرحلة ما قبل الولادة مثل آلام المخاض الطويلة ، والولادة باستخدام الأدوات ، والاختناق بسبب فقدان الأكسجين الناتج عن الولادة المتعسرة أو طول فترة الولادة تنبئ باضطراب المسلك .

٤- أوجه العجز المعرفي :

فحصت عدة دراسات الارتباطات المعرفية لاضطراب المسلك لدى الأطفال الصغار ووجدت أنه يكون لديهم غالباً تأخراً في نمو اللغة وفي الأداء الوظيفي المعرفي ، ومع ذلك فالمشكلات اللغوية يمكن اعتبارها عاملاً لا يتعلق بالطفل لأن كثيراً من العوامل المرتبطة بنمو الطفل ترجع إلى التفاعل بين الوالدين والطفل ؛ حيث أوضحت نتائج دراسة موفيت ولينام Moffitt & Lynam (١٩٩٤) أن التفاعل بين الأم والطفل وبيئة البيت يُعد من المنبئات الجيدة لمهارة اللغة خلال سن الثلاث سنوات ، وأوضح هيل Hill (٢٠٠٢) أن أوجه العجز المعرفي تؤدى إلى ضعف التحصيل

الدراسي ، وأن تدنى التحصيل الدراسي يرتبط باضطراب المسلك .

وأظهرت نتائج دراسة سبلتز وآخــرون .Speltz et al (١٩٩٩) أن ثلث الأطفال في سن ٩ – ١١ سنة والذين لديهم تأخر حاد أو بدرجة شــديدة في مستويات القراءة كانوا يعانون من اضطراب المسلك ، وثلــث الأطفــال الذين لديهم اضطراب المسلك كانوا يعانون من صعوبة القراءة ، كما يــؤدى ضعف التحصيل الدراسي لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب المــسلك بسبب أوجه العجز المعرفي إلى شعور مستمر بتدني تقدير الذات لدى الطفل إلى جانب الشعور بالاكتئاب .

ويرى عدد كبير من الباحثين أن الفشل الأكاديمي أو الدراسي هو سبب وليس بالأحرى نتيجة للسلوك المعادى للمجتمع ، ومع ذلك فإن البرامج التي حسنت من المهارات الأكاديمية لهؤلاء الأطفال لم تحقق انخفاضاً في أوجــه السلوك المعادى للمجتمع (كيندال وكومر Kendal & Comer ، ٢٠١٠) .

٥- المهارات الاجتماعية الرديئة :

بعض الأطفال تعوزهم المهارات الاجتماعية وإلا سيصبحون منعزلون اجتماعياً ، فالأطفال الذين يشتركون في سلوكيات تنم عن وجود مــشكلات يعتقد بأن لديهم أوجه عجز في نظام تشغيلهم للمعلومات الاجتماعية (هيــل Hill ، ٢٠٠٤) .

ووجد كامبــل وآخــرون .Campbell et al (٢٠٠٠) أن الأطفــال العدوانيين كانوا أكثر احتمالاً بأن يفسروا المفاتيح أو الدلائل الاجتماعية على أنها استفزازية وأن يستجيبوا بطريقة أكثر عدوانية في المواقف المحايــدة ، وهؤلاء الأطفال يتم نبذهم غالباً من جانب رفاقهم أو زملائهم ، فالنبــذ مــن جانب جماعة الرفاق يدفع الطفل لأن يكون عــضواً فــي جماعــة الرفــاق

المنحرفين التي تعزز أو تقوى السلوكيات المنحرفة ، كما أن الأطفال العدوانيين والمعادين للمجتمع يكونون غير قادرين على التفاعل الاجتماعي أو إقامة علاقات اجتماعية ناجحة مع الكبار ، ويكونون أقل احتمالاً للانصياع لسلطة الكبار .

٦- العوامل المتعلقة بالوالدين :

طبقاً لآراء زوكوليللو Zoccolillo (١٩٩٣) فإن الإهمال والإساءة والعزل وقلة الفرص لتطوير التعلق الوالدي أو الحب الآمن ، والتأديب القاسي والمتراخي وغير المتسق كل ذلك من بين الجوانب الأكثر أهمية للعلاقة بين الوالدين والطفل التي تضع الأطفال الصغار في مخاطر نشوء أو حدوث اضطراب المسلك ، فسلوك الوالدين وسماتهم والاضطرابات النفسية التي يعانون منها كالاكتئاب مثلاً من بين المنبئات القوية جداً بحدوث المشاكل السلوكية لدى الطفل ، وتشمل العوامل المتعلقة بالوالدين ما يلي :

أ- المهارات الرديئة للوالدين :

أوضحت نتائج دراسة ولفندن وآخرون Woolfenden et al. (٢٠٠٢) أن هناك خمسة جوانب للطريقة التي يربى بها الوالدين أطفالهم ، وهذه الجوانب لها ارتباط طويل الأمد باضطراب المسلك وتتمثل هذه الجوانب في :

- الإشراف السيء أو الردئ .
- التأديب القاسي أو الشاذ .
- عدم الانسجام أو الاختلاف بين الوالدين .
- نبذ ورفض الطفل .
- الاشتراك المنخفض (البسيط) للوالدين في أنشطة الطفل .

وهذه الجوانب المتعلقة بالأسلوب الوالدي في التنشئة تعد سبباً رئيسياً

لاضطراب المسلك عند الأطفال .

وتوصلت ويبستر – ستراتون وسبتزر Webster - Stratton & Spitzer (١٩٩٦) إلى أن آباء الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك تعوزهم المهارات الوالدية الأساسية ويعرضون عدد أقل من السلوكيات الإيجابية ويتضمن أسلوبهم في التأديب العنف والنقد ، ويكونون أكثر تساهلاً وغير متوافقين ، ويفشلون في مراقبة سلوك طفلهم ؛ ليضمنوا أنه سلوك مرغوب فيه ، ولا يخبرون أطفالهم بالأسلوب أو الطريقة التي يجب أن يكون عليها سلوكهم ، كما يفشلون في تنفيذ القواعد السلوكية بوضوح ؛ حيث يختلط لديهم التعزيز الإيجابي بالتعزيز السلبي .

ب- التعلق أو الحب :

طبقاً لنموذج التعلق أو الحب الذي اقترحه بولبى Bowlby فإن استجابة الوالدين يتم وضع مفهوم أو تصور ذهني لها على أنها هامة جداً في تطوير مهارات الضبط أو التحكم الذاتي ، ولهذا فإن العلاقة أو الرابطة الناتجة بين الطفل الرضيع والوالدين تعتبر علاقة هامة ، وتلعب دوراً رئيسياً في الأنماط اللاحقة لسلوك الطفل .

وأظهرت نتائج عدد كبير من الدراسات أن الأطفال الذين تلقوا رعاية غير كافية من أهلهم أو القائمين على رعايتهم يتصرفون بطريقة أكثر اضطراباً لجذب انتباه والديهم ، كما أن التفاعلات الرديئة أو السيئة بين الأم والطفل تؤثر على الطفل بشكل كبير فتجعله يطور أهدافاً غير واقعية خاصة بالقواعد الاجتماعية ، يضاف إلى ذلك أن وجود أنماط قهرية للتفاعل داخل العلاقة بين الطفل وأحد والديه تؤدى إلى نقل هذا النمط القهري للتفاعل إلى جماعة الرفاق ويمنع الانفصال واضطراب التعلق أو الحب المتمثل في الإهمال أو الإساءة الأطفال من تطوير نماذج للتعلق الآمن (باترسون

وآخرون .Patterson et al ، ١٩٩١) .

ج- مشكلات الصحة النفسية لدى الوالدين :

قام أوفورد وآخرون .Offord et al (١٩٨٩) بإجراء دراسة طولية للأسر التي بها أحد الوالدين فقط ، والأسر التي بها الوالدين معاً ، وأوضحت نتائج هذه الدراسة أن الأمهات اللاتي لديهن اضطراب نفسي أو كرب أو محنة نفسية واكتئاب حاد أو مشكلات تتعلق بشرب الخمور كن أكثر احتمالاً بواقع الضعف بان يكون لديهن أطفال يعانون من المشكلات الخارجية الموجهة نحو الآخرين ، كما وجد هيل Hill (٢٠٠٢) أن الأطفال الذين تزيد أعمارهم عن عام واحد ، والذين كانت أمهاتهم مكتئبات في مرحلة ما قبل الولادة يظهر لديهم مشكلات مثل التعلق أو الحب غير الآمن ، والسلوك المعادى للمجتمع ، وأوجه العجز المعرفي ، كما أشار أيضاً إلى أن الأمهات المكتئبات ينتقدن أطفالهن بدرجة شديدة إلى جانب أنهن غير مفيدات من الناحية النفسية أو العاطفية ، ويكن أكثر احتمالاً لأن يدركن سلوك أطفالهن على أنه سلوك غير ملائم وغير متوافق ، وأوضحت نتائج عدد كبير من الباحثين وجود ارتباط قوى بين وجود الشخصية المعادية للمجتمع عند أحد أو كلا الوالدين ، ووجود سلوك مشابه لذلك لدى أطفالهم .

د- سوء استخدام المادة وميل الوالدين للسلوك الإجرامي :

يرى باترسون وآخرون .Patterson et al (١٩٩١) أن الأطفال الذين ينحدرون من أسر يكون فيها الوالدين متورطين في سوء استخدام المادة والأنشطة الإجرامية يكونون في مخاطرة خاصة من جراء حدوث اضطراب المسلك لديهم ، ويرى أوفورد وبينت Offord & Bennett (١٩٩٤) أن نتائج عدد من البحوث أنه عندما يكون أحد الوالدين أو كلاهما مدمن للخمر فإن ذلك يزيد من فرص الأطفال لأن يحدث لهم اضطراب المسلك ،

واضطراب العناد والتحدي .

ويرى عدد كبير من الباحثين أن توافر عدد من عوامل المخاطرة يلعب دوراً في زيادة المشكلات السلوكية للأطفال ، فالآباء مدمني الخمر ، والمنحدرون من بيوت تنتمي إلى طبقة اجتماعية اقتصادية متدنية ، والمتورطون في النشاط الإجرامي ، ويسود الانهيار علاقاتهم الزوجية يوفرون النماذج المنحرفة التي يقلدها الأطفال ، يضاف إلى ذلك أن سوء استخدام المادة يضعف قدرة الوالدين على رعاية أطفالهم بطريقة صحيحة .

هـ- الوالدان المراهقان (أو في سن المراهقة) Teenage Parents

يلقى برستان وإيبرج Brestan & Eyberg (١٩٩٨) الضوء على البحوث التي تبين أن الأطفال لآباء في سن المراهقة كان لديهم المزيد من اضطراب المسلك في سن ٨ ، ١٠ ، ١٢ سنة وذلك بالمقارنة بآباء الأطفال الأكبر سنا ، وأن عمر الأم ، والحالة الاجتماعية الاقتصادية ، وعدد الأخوة أو الأخوات الأشقاء وقت ولادة الطفل ، وممارسات الأساليب الوالدين العقابية كل ذلك له دلالة في العلاقة بين عمر الآباء وبين حدوث اضطراب المسلك .

و- التنافر بين الزوجين :

الصراع بين الزوجين الذي يؤدى إلى الطلاق له آثار مدمرة على الأطفال ، كما أن الضيق أو الكرب الزواجي يؤثر على تنشئة الأطفال وتربيتهم ، فالوالدان المنفصلان لا يتفقان غالباً على القواعد أو الكيفية التي ينبغي عن طريقها تنفيذ هذه القواعد ، وهذا يؤدى إلى عدم التواصل ، وفقدان التفاعل بشأن النظام أو التأديب مما يؤدى بدوره إلى ممارسات تأديبية غير متسقة .

ويرى بيتت وآخرون .Pettit et al (٢٠٠١) أنه عندما يكون هنـــاك صراع مستمر في الأسر التي لا ينفصل فيها الوالدان تحدث مشكلات سلوكية عديدة للطفل تؤثر على تقديره لذاته ، وفي دراســة قامــت بهــا ويبـــستر- ستراتون وهاموند Webster - Stratton & Hammond (١٩٩٩) وجــدا أن مهارات إدارة الصراع أو النزاع الزواجي السلبي من جانــب الوالـــدين (والذي تم تعريفه على أنه عدم القدرة علـــى التعـــاون أو التوافـــق وحـــل المشكلات إلى جانب الاتصال بطريقة سلبية بشأن المشكلات) كان متغيـــراً مهماً في المساهمة في حدوث اضطراب المسلك لدى الأطفال .

ز- العنف بين الزوجين :

قدم بيتت وآخرون .Pettit et al (٢٠٠١) دليلاً يفيد بأن الصراع بين الزوجين الذي يتضمن العدوان الجسمي يساعد بدرجة كبيـــرة فـــي تكـــدير ومضايقة الأطفال عن أي شكل آخر من أشكال الـــصراع أو النـــزاع بـــين الزوجين ، والأطفال الذين يشاهدون العنف بين الزوجين يقلدون ذلـــك فـــي علاقاتهم بالآخرين ، ويعرضون ســـلوكاً عنيفـــاً تجـــاه الأســـرة والرفـــاق والمعلمين ، فالأطفال حينما يتعرضون للانفعالات الـــسلبية فـــإن ســـلامتهم وأمنهم النفسي يتعرضان للتهديد إلى جانب فقدان الثقة بالنفس مما يؤدى إلى إصابتهم بالاضطرابات النفسية المختلفة ومنها اضطراب المسلك .

ح- الإساءة :

تعد الممارسات الوالدية والمحدثة للإصابات أو الأضرار تجاه أطفالهم من أكثر عوامل المخاطرة لحدوث اضطراب المسلك، ويرى ولـــف Wolfe (١٩٩٩) أن الأطفال الذين يتعرضون للإساءة الجسمية يكونون عـــدوانيين وغير مطيعين ، ويستخدمون ســـلوك التفعيـــل Acting - out Behavior ، ويؤدون بطريقة سيئة في المهام المعرفية التي تسند إليهم ، كما أن الأطفـــال

الذين يتعرضون للإساءة الجنسية يظهرون مجموعة من المشكلات التي تشمل العدوان والانسحاب ، ويفتقدون الحب والتقبل من جانب رفاقهم .

ك- انفصال الوالدان :

عندما يكون الوالدان منفصلان أي أن كل منهما يعيش بمفرده وبمعزل عن الآخر فإن الضغوط المستمرة فيما يتعلق برعاية الطفل ، بالإضافة إلى القضايا المتعلقة بالنواحي المنزلية والأمور الوالدية والمالية يكون من الصعب إدارتها أو التصرف حيالها مما يؤدى إلى إتباع نظام تأديبي غير متسق Inconsistent Discipline نظراً للإرهاق النفسي وقلة أو نقص شبكات المساندة الاجتماعية التي تساعدهم في تربية ورعاية أطفالهم ، والآباء والأمهات الذين لديهم أطفالاً يعانون من اضطراب المسلك يذكرون وجود منغصات كثيرة بنسبة مرتين إلى أربع مرات مقارنة بآباء وأمهات الأطفال الذين لا يوجد لديهم اضطراب المسلك (وبستر- ستراتون - Webster Stratton ، ١٩٩٠) .

٧- العوامل البيئية :

يُعد الخلل الاجتماعي Social Disadvantage ، والتشرد وعدم وجود مأوى ، وتدنى المستوى الاجتماعي الاقتصادي ، والفقر ، والازدحام ، والعزلة الاجتماعية من العوامل الهامة التي تساعد على استعداد الأطفال لاضطراب المسلك (وينسلو Winslow ، ١٩٩٦ ؛ سيلبرج وآخرون Silberg et al. ، ١٩٩٦) ، ويرى فيرجسون وآخرون Fergusson et al. (١٩٩٩) أنه كلما زادت المدة التي يعيش فيها الطفل في بيئة فقيرة خلال السنوات الأولى من حياته ، كلما أصبحت المشكلات السلوكية الخارجية سائدة بدرجة كبيرة ، وطبقاً لآراء هنرى وآخرون Henry et al. (١٩٩٦) فإن الأطفال في الأسر كبيرة العدد ، والأطفال الذين يعيشون في بيوت حدث

فيها الطلاق أو الانفصال يكونون في مخاطرة أكبر لحدوث اضطراب المسلك ، والأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك ينحدرون أو يأتون غالباً من بيئات مضطربة تكثر فيها المشكلات ؛ لذلك فإن المناطق العشوائية والمناطق الإيوائية بها معدلات عالية لاضطراب المسلك .

ويرى وينسلو Winslow (١٩٩٦) أن عوامل المخاطرة بالنسبة لاضطراب المسلك تتضمن :

- العمر المبكر لحدوث الاضطراب (مرحلة ما قبل المدرسة ، والسنوات الأولى بالمدرسة) .
- تكرار وشدة المشكلات السلوكية .
- حدوث المشكلات الأسرية في أماكن مختلفة كالبيت والمدرسة .
- تنوع المشكلات السلوكية .
- المشكلات الواضحة أو الظاهرة (السرقة ، وإشعال الحرائق ، والكذب) في أعمار مبكرة .
- سمات الأسرة والوالدين (التنافر - الصراع - العنف - الانفصال بأنواعه) .

وهكذا يتضح أن هناك عدد من عوامل المخاطرة بالنسبة لاضطراب المسلك ، وهذه العوامل قد تحدث مجتمعة أو في مجموعة مرتبطة يبعضها البعض ، وبصرف النظر عن الارتباط المباشر بين الفقر والحالة الاقتصادية والاجتماعية ، والمشكلات السلوكية لدى الطفل هناك عوامل أخرى تتضمن الاكتئاب من جانب الأم ، والتعرض للعنف ، والممارسات الرديئة للوالدين تعمل جميعها كوسائط إضافية لحدوث اضطراب المسلك .

الفصل الثالث

تشخيص الاضطراب

مقدمة :

نظراً لأن اضطراب المسلك يُعد مشكلة طبية نفسية معقدة تؤثر في جوانب متعددة للأداء الوظيفي ، وتوضح نسبة عالية لحالة مرضية مشتركة مع اضطرابات أخرى ؛ لذلك فإن تقدير اضطراب المسلك يتطلب تقديراً شاملاً يشمل الطفل ، والأسرة ، والمدرسة ، والرفاق ، والمجتمع ، ومن المهم على نحو خاص أن يميز الكلينيكيون بين الحدوث المبكر للاضطراب في مرحلة الطفولة ، والحدوث في مرحلة المراهقة ، وعلى الرغم من أن التقدير الدقيق يمثل عبئاً وضغطاً على مراكز الصحة النفسية الخاصة بالأطفال إلا أن هذا التقدير يمثل استثماراً جيداً في الوقت والمال على المدى الطويل فبدون التقدير الشامل لاضطراب المسلك فإنه من الصعب جداً تشخيص الاضطراب بدقة وبالتالي تقديم العلاج الفعال .

ولكي يتم تشخيص اضطراب المسلك بدقة ينبغي عمل مقابلة شخصية للطفل ، والوالدين كل على حدة ، ثم عمل مقابلة شخصية لهما معاً ، وقد يكتفي بأحد الوالدين ، وينبغي أيضاً إجراء مقابلات شخصية مع أفراد الأسرة ، والمعلمين بالمدرسة ، وكذلك الأشخاص الذين يتعامل معهم الطفل أو كل من له علاقة بالطفل ، والغرض من التقدير سواء الكلينيكي أو العلاجي ينبغي أن يكون واضحاً لجميع الأفراد المختصين بذلك .

١- المقابلة الشخصية مع الوالدين :

تفيد المقابلة الشخصية مع الوالدين في الحصول على المعلومات الآتية :

- الكشف عن المشكلات السلوكية النوعية التي يلاحظها الوالدان .
- ملاحظة سلوك العنف بين الأخوة ، والإساءة إلى الحيوانات الأليفة

الموجودة في البيت ، والقسوة على الحيوانات خارج البيت ، وهذه السلوكيات ترتبط باضطراب المسلك الأكثر خطورة ، واضطراب المسلك المزمن .

- سن بداية حدوث المشكلات السلوكية .
- تاريخ الأعراض المرضية ابتداء من حمل الأم .
- الكشف عن المشكلات التي تحدث أثناء الحمل ، وعلى الأخص تناول العقاقير بدون استشارة الطبيب المختص خلال الثلاث شهور الأولى من الحمل ، وتعاطي الخمور والمخدرات ، والعدوى والمضاعفات .
- معرفة الصعوبات التي مر بها الطفل أثناء مرحلة الرضاعة بما في ذلك الحالة المزاجية .
- معرف سلوك الطفل أثناء سنوات ما قبل المدرسة ، ولاسيما سلوك المعارضة ، والسلوك العدواني ، وكذلك الأعراض المرضية لاضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد .
- الكشف عن المشكلات المتعلقة بالحب والتي تتضمن الوالد أو الوالدة أو مقدم الرعاية ، وذلك للكشف عن اضطراب قلق الانفصال Separation Anxiety الذي يُعد حالة مرضية مشتركة أو مصاحبة لاضطراب المسلك ، وكذلك الكشف عن الاكتئاب الوالدي وسوء استخدام المادة .
- الكشف عن السياق الذي يُظهر فيه الطفل السلوك المضطرب وحده أو في مجموعة .
- الكشف عن الحالات النوعية المرتبطة ببداية حدوث السلوك المضطرب أو المشكلات السلوكية التي تتضمن الإصابة أو المرض .
- الكشف عن التاريخ الخاص بالعقاب البدني الحاد الذي يظهر في خلفيات

الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك ؛ لأن العقاب البدني يزيد من حدة أو شدة الاضطراب .

- الكشف عن التاريخ الطبي المتعلق بإصابات الجهاز العصبي المركزي .
- الكشف عن تاريخ الإساءة الجسمية والجنسية كضحية وكمرتكب للإساءة .
- الكشف عن التاريخ المدرسي ولاسيما المشكلات السلوكية في المدرسة والمشكلات النوعية في التعليم ، والعلاقات مع الرفاق ، وخدمات التربية الخاصة التي قد يتلقاها هؤلاء الأطفال ، وكيفية استجابة المدرسة لأي مشكلات سلوكية على سبيل المثال فصل الطفل من المدرسة لمدة محدودة ، أو طرده من المدرسة نهائياً .
- الكشف عن التاريخ القانوني وعلى الأخص التورط مع النظام القضائي وارتكاب التهم والمخالفات .
- معرفة التاريخ الأسرى الذي يتضمن التاريخ التفصيلي للمشكلات الطبية والنفسية للوالدين ، وتاريخ سوء استخدام المادة ، ومشكلات السلوك المعادى للمجتمع ، والإساءة الجسمية والجنسية ، واضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (ADHD) .
- تاريخ علاج الطفل الذي يتضمن العلاج الدوائي ، وتاريخ الإقامة في المستشفي لتلقى العلاج ، والوضع والإقامة في دور الرعاية ، والرعاية خارج نطاق الأسرة .
- الكشف عن أسلوب التصرف والمجاهدة الذي تتبعه الأسرة ، والموارد المالية والاجتماعية ، ومهارات الوالدين ، ومهارات حل المشكلات والتفاعل بين الوالدين والطفل ومهارات حل الصراع إلى جانب إدراك

الوالدين لنواحي القوة والضعف عند الطفل .

٢- المقابلة الشخصية مع الطفل أو المراهق :

يتم الحصول على المعلومات المطلوبة من الشخص الذي يعانى من اضطراب المسلك سواء كان طفلاً أو مراهقاً ، ومن هذه المعلومات ما يلي :

- مراجعة نتائج الفحص الجسمي ، والنظر بصفة خاصة إلى العلامات العصبية البسيطة التي تشير إلى وجود خلل في الجهاز العصبي المركزي ، وكذلك العلامات أو الدلائل التي تشير إلى الإساءة وإلحاق الضرر بالنفس .
- تقدير قدرة الشخص على السمع وتفهم اللغة ، وتقدير مدى القلق والقابلية لشرود الذهن ، وسلوك المعارضة ، والتعرف على الانفعالات السلبية والغضب .
- تقدير الأداء الوظيفي المعرفي .
- تقدير نقاط القوة ونقاط الضعف لدى الطفل أو المراهق .
- الكشف عن الأعراض الطبية النفسية التي يعانى منها الطفل أو المراهق .
- الكشف عن التغير في الحالة المزاجية مع توجيه انتباه خاص إلى العلامات الدالة على وجود اضطراب الاكتئاب واضطراب القلق وتدني تقدير الذات .
- الكشف عن علاقات الطفل أو المراهق مع أقرانه .
- الكشف عن أي دليل يشير إلى إلحاق الضرر بالذات وكذلك الأفكار المتعلقة بالإقدام على الانتحار والسلوكيات المتعلقة بذلك .
- الكشف عن الإساءة الجنسية والإساءة الجسمية والإساءة النفسية والسلوك الجنسي والإباحية الجنسية .

- الكشف عن الأسباب التي تدفع الطفل أو المراهق إلى الوقوع في مشكلات مع والديه أو مع الشرطة .
- الكشف عن سوء استخدام المادة .

وعادة لا يكون هناك حاجة إلى إجراء الاختبارات المعملية الإضافية بالنسبة للطفل الذي لديه اضطراب السلوك الفوضوي ، أما بالنسبة للطفل الذي لديه اضطراب المسلك بدرجة معتدلة إلى درجة حادة تكون الاختبارات النفسية والفحوص الطبية الإضافية مفيدة للتأكد من وجود أو عدم وجود مرض عقلي حاد ، أو مشكلات السمع أو وجود اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، أو صعوبات التعلم ، إلى جانب أن هذه الفحوص الإضافية تساعد في تقدير نواحي الضعف ونواحي القوة لدى الطفل أو المراهق .

٣- المعلومات المستمدة من المدرسة :

يتم الحصول على المعلومات التالية من المعلمين في المدرسة :

- مستوى الأداء الأكاديمي .
- المشكلات السلوكية التي تحدث في المدرسة .
- مدى استجابة المدرسة للمشكلات السلوكية التي تحدث بها كالمشكلات الخاصة بالتعلم .
- مدى استجابة المدرسة للمشكلات السلوكية المتعلقة بالطفل مثل المشكلات المتعلقة بالكلام واللغة والتواصل مع الأقران .
- علاقات الطفل مع أقرانه أو رفاقه .
- مدى إدراك المعلم لنواحي القوة ونواحي الضعف لدى الطفل .

وللحصول على معلومات موضوعية بدرجة كبيرة من المعلمين يكون من المفيد أن يقوم المعلم باستكمال قائمة سلوك الطفل (استمارة المعلم)

Child Behavior Checklist (Teacher Form) ؛ ومقياس كونرز لتقـدير المعلم Conners' Teacher Rating Scale وذلـك قبـل إجـراء المقابلـة الشخصية .

٤- المعلومات المستمدة من ضابط المراقبة :

يتم الحصول على المعلومات التالية من ضابط المراقبة إذا كان الطفل متورطاً في مخالفات وتم تقديمه لمحكمة الأحداث :

- التاريخ القانوني للطفل ولاسيما تورطه مع النظام القضائي ، والـتهم الموجهة إليه ، وحالة المراقبة .
- الحصول على معلومات خاصة عن الطفل والأسرة من وجهة نظـر ضابط المراقبة .
- إدراك ضابط المراقبة لنواحي القوة والضعف لدى الطفل .

ومما يجب الإشارة إليه أن اضطراب المسلك يحدث بواسطة تـداخل مجموعة من العوامل مع بعضها أو ما يطلق عليها عوامل المخاطرة ، وكلما ظهرت هذه العوامل في وقت مبكر كلما زادت المخاطرة بالنسبة لاضطراب المسلك الحاد ، وتتضمن هذه العوامل بالنسبة لاضـطراب المـسلك العمـر المبكر الحدوث للاضطراب (سنوات ما قبل المدرسة ، والسنوات الأولـى من المدرسة الابتدائية) ، والمشكلات السلوكية التـي تحـدث فـي البيـت والمدرسة ، وتكرار حدة أو شدة المشكلات السلوكية ، وتنـوع المـشكلات السلوكية والمشكلات الخفية (الكذب ، وإشعال الحرائق ، والـسرقة) فـي أعمار مبكرة ، والسمات الأسرية والوالدية ، ويبدو أن عوامل الحماية تتفاعل مع عوامل المخاطرة لكي تخفض التأثير المتـراكم لاضـطراب المـسلك ، وأشارت نتائج دراسات عدد كبير من الباحثين إلى أن العوامل التـي تقـدم الحماية ضد أوجه السلوك المضطرب فـي مواجهـة المخـاطرة تتـضمن

المستويات العليا من الذكاء والمهارات الاجتماعية الجيدة والحالة المزاجيـة المسترخية Relaxed Temperament ، والعادات الإيجابية في المدرسة ، ونواحي الكفاءة خارج المدرسة ، والعلاقات الايجابية مع الكبار في نطـاق الأسرة وخارج نطاق الأسرة .

وتفيد التقديرات التي تم الحصول عليها من المـصادر الـسابقة فـي مساعدة الكلينيكي على أن يحدد ما إذا كان لدى الطفل اضطراب المـسلك ، ونوع الاضطراب (بداية حدوثه في مرحلة الطفولة أو في مرحلة المراهقة) ، وما إذا كانت هناك مشكلة طبية نفسية قد سببت الاضطراب ، وهل هنـاك اضطراب إضافي مصاحب له كحالة مرضية مشتركة أم لا .

ويتم عمل تشخيص يفيد بوجود اضطراب المـسلك عنـدما تتواجـد الأعراض المرضية المحددة في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية (DSM-IV-IR) الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي عام ٢٠٠٠ ، ويتم ذكرها في التاريخ المرضي للفرد ، ويتم حـذف الاضطرابات الأخرى ، ومن المهم معرفة أن الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية لا ينظر إلى معيار نوعي واحد ضروري للتشخيص ، وأن أي دمج لثلاثة معايير أو أكثر يكون كافياً للتشخيص ، وهذا يعني أن اضطراب المسلك نمط تشخيصي متعدد الجوانب .

ومما يجب التأكيد عليه أن معايير الـدليل التشخيـصي والإحـصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية تـسمح بـالتمييز بـين بدايـة حـدوث الاضطراب في مرحلة الطفولة ، وبداية حدوث الاضـطراب فـي مرحلـة المراهقة ، كما تسمح أيضاً بالتمييز بـين المـشكلات الـسلوكية المعتدلـة والمتوسطة والحادة .

التشخيص الفارق :

يشترك عدد من الاضطرابات النفسية في إظهار علامات أو ملامح تتشابه مع العلامات المميزة لاضطراب المسلك ، فالطفل أو المراهق الذي يكون ثائراً أو هائجاً ربما يشترك أو يتورط في سلوك مضطرب وخطير ، وفي هذه الحالة تكون هناك سلوكيات أخرى ليست من سمات اضطراب المسلك مثل الكلام المضغوط ، وهروب الأفكار ، وتناقص عدد ساعات النوم ، وتلك سلوكيات تميز اضطراب المسلك عن سلوك الهوس Manic Behavior لذلك فإنه من المرغوب فيه دائماً إجراء تشخيص فارقي يتضمن تقديراً طبياً نفسياً عندما يتم الشك في وجود اضطراب المسلك (أيوجست وآخرون .August et al ، ٢٠٠١) .

ويظهر اضطراب المسلك في أغلب الأحيان عند المراهق المكتئب الذي يكون متحدياً لوالديه ، أو متحدياً الأشخاص الآخرين الذين يمثلون السلطة ، وقد يشمل سلوكه الهروب من المدرسة ، والفشل وشرب الخمور والمخدرات ، والنشاط الجنسي ، وظهور السلوكيات المنحرفة ، كما يظهر المراهق المكتئب تغيراً في الحالة المزاجية تظهر قبل إتيان السلوك المضطرب ، وعندما تتحسن الحالة المزاجية للمراهق يتضاءل السلوك المنحرف ، والمراهقون الذين لديهم اضطراب المسلك يعانون عادة من الاكتئاب ، ولكن مشكلاتهم السلوكية تسبق عادة التغير في الحالة المزاجية ، كما أن أعمالهم لا تتغير بدرجة كبيرة مع اضطراب الحالة المزاجية (أولفيرا وآخرون .Olvera et al ، ٢٠٠٥) .

ويتأثر الأداء الوظيفي بدرجة أكبر بالحالة المرضية المشتركة التي تتمثل في وجود الاكتئاب مع اضطراب المسلك وذلك قبل البلوغ بالنسبة للذكور ، وبعد البلوغ بالنسبة للفتيات ، ومع وجود الحالة المرضية المشتركة

المتمثلة في الاكتئاب يكون اضطراب المسلك سابقاً للاكتئاب عادة ، ووجود الاكتئاب كحالة مرضية مشتركة مع اضطراب المسلك يزيد من السلوك الانتحاري (هينتكا وآخرون .Hintikka et al ، ٢٠٠٣) .

وقد يظهر الطفل سلوكاً يتسم باضطراب المسلك كاستجابة أو كرد فعل لمواقف ضاغطة كبداية الدراسة ، والصراع بين الوالدين ، وترتبط الإساءة الجسمية ، والإساءة النفسية عادة ببداية حدوث هذا السلوك مع المواقف الضاغطة ، وتختفي أو تتضاءل مع تحسن الموقف ، وقد يظهر المراهقون السلوك المتسم باضطراب المسلك رداً على موقف ضاغط تم منذ فترة قصيرة أو نتيجة ارتباط حديث مع مجموعة من الرفاق المضطربين سلوكياً ، وإذا كان مستوى الأداء الوظيفي للمراهق جيداً قبل حدوث هذا السلوك فحينئذ تكون الأعراض المرضية للسلوك أعراضاً ثانوية بدرجة كبيرة لاضطراب آخر مثل اضطراب التوافق ، واضطراب الضغوط التالية للصدمة أو الاكتئاب (مارمورستين وأياكونو Marmorstein & Iacono ، ٢٠٠١) .

ويمكن أن يرتبط السلوك الفوضوي أو المشين Disruptive Behavior باضطراب القلق ، ولكن ينبغي أن يختفي هذا السلوك مع علاج اضطراب القلق ، واضطراب المسلك قد يكون عرضاً لاضطراب نفسي خطير مثل الذهان Psychosis ، كما قد ينشأ اضطراب المسلك نتيجة اضطراب عضوي في الشخصية وذلك لدى الأطفال الذين لديهم إصابة خلقية ناتجة عن الولادة ، أو إصابة مكتسبة في الجهاز العصبي المركزي نتيجة لإصابة في منطقة الرأس أو حدوث مرض بالدماغ (بيدرمان وآخرون Biederman et al. ، ٢٠٠٤) .

وأظهرت نتائج عديد من الدراسات أن الأطفال الذين لديهم اضطراب

المسلك يكون مستوى ذكائهم أقل من المتوسط كما يتم قياسه بواسطة مقاييس الذكاء اللفظية ، وغالباً يكون تحصيلهم الدراسي سيئاً ولاسيما في القراءة وغيرها من المهارات اللفظية ، ويوضح التقدير أن اضطراب المسلك حالة مرضية مشتركة مع اضطرابات التعلم والتواصل ، ومن ثم يتضح أنه على الرغم من أن هناك عدد من الاضطرابات تُظهر أعراضاً مرضية مشابهة لاضطراب المسلك ، ويمكن أن تكون هذه الأعراض حالة مرضية مشتركة مع اضطراب المسلك فعادة يساعد النمط المستمر لانتهاك المعايير الاجتماعية والسلوك المعادى للمجتمع وتاريخ المشكلات السلوكية أو الانتهاكات القانونية في تمييز اضطراب المسلك عن الاضطرابات النفسية الأخرى .

التشخيص الرسمي أو المعتمد للاضطراب :

توضح الجمعية الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric Association (٢٠٠٠) أن المعايير التشخيصية الرسمية لتشخيص اضطراب المسلك هي معايير الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية (DSM-IV-TR) ووفقاً لهذا الدليل فإن محكات تشخيص اضطراب المسلك تتمثل في :

أ – نمط متكرر مستمر (دائم) من السلوك الذي تنتهك فيه الحقوق الأساسية للآخرين أو المعايير أو القواعد الاجتماعية الرئيسية المناسبة للعمر الزمني ويتضح هذا النط بوجود ثلاثة أو أكثر من المظاهر التالية خلال الاثنى عشر شهراً الماضية مع وجود معيار واحد على الأقل خلال فترة الشهور الستة الماضية .

أولاً : العدوان على الناس والحيوانات :

١- كثيراً ما يتنمر (يستقوى) على الآخرين أو يهددهم أو يرهبهم .

٢- كثيراً ما يثير شجاراً بدنياً مع الغير .

٣- يستخدم أسلحة يمكن أن تسبب أذى جسمياً خطيراً للآخرين (مثل المطواة ، أو الزجاجات المكسورة ، أو السكين ، أو المسدس ، أو العصا الغليظة / النبوت Bat ...... إلخ) .

٤- يعتدي بدنياً بقسوة شديدة على الآخرين .

٥- يعتدي بدنياً بقسوة شديدة على الحيوانات .

٦- يسرق في مواجهة مع الضحايا (مثل : النتش ، خطف حافظة النقود الابتزاز السرقة بالإكراه أو تحت تهديد السلاح أو السطو المسلح) .

٧- إجبار شخص ما على ممارسة الجنس معه .

ثانياً : تدمير الممتلكات :

٨- قام عن عمد بإشعال حريق بقصد إحداث خسائر فادحة .

٩- دمر ممتلكات الآخرين بطريقة أخرى غير إشعال الحريق .

ثالثاً : الاحتيال أو السرقة :

١٠- قام باقتحام منزل أو سيارة شخص آخر .

١١- غالباً ما يكذب للحصول على مكاسب أو امتيازات أو لتجنب دفع الديون والالتزامات التي قطعها على نفسه .

١٢- قام بسرقة أشياء قيمة بدون مواجهة الضحية (مثل سرقة المعروضات من المتاجر بدون تحطيم الأبواب أو كسرها والتزوير .... إلخ) .

رابعاً : انتهاكات خطيرة للقواعد والمعايير :

١٣- يتأخر خارج البيت ليلاً رغم تحذيرات والديه ، ويظهر ذلك قبل عمر ١٣ سنة .

١٤- هرب من البيت ليلاً مرتين على الأقل على الرغم من أنه يعيش في كنف والديه ، أو هرب مرة واحدة دون العودة إلى البيت لفترة طويلة .

١٥- يهرب عادة من المدرسة ذلك قبل عمر ١٣ سنة .

ب - يسبب اضطراب المسلك خللاً كلينيكياً ملحوظاً في الأداء الاجتماعي ، والأكاديمي ، والمهني .

جـ - إذا كان الفرد يبلغ الثامنة عشر من العمر أو يتجاوز هذا العمر ففي هذه الحالة لا تنطبق عليه المعايير التشخيصية لاضطراب الشخصية المضادة للمجتمع .

تحديد نوع الاضطراب حسب سن بداية حدوث الاضطراب :

يصنف اضطراب المسلك حسب سن بداية الاضطراب إلى :

- **النوع الذي يبدأ حدوثه في مرحلة الطفولة :**

يظهر معيار واحد على الأقل من المعايير المميزة للاضطراب قبل سن العاشرة .

- **النوع الذي يبدأ حدوثه في مرحلة المراهقة :**

لا يوجد أي معيار من المعايير المميزة للاضطراب قبل سن العاشرة .

تحديد شدة الاضطراب :

يصنف اضطراب المسلك حسب شدته إلى :

- **اضطراب خفيف (معتدل) :**

لا يوجد سوى مشكلات سلوكية قليلة (إن وجدت) ، وهذه المشكلات تسبب أذى بسيطاً للآخرين مثل الكذب ، والهروب من المدرسة ، والسهر خارج البيت ليلاً دون إذن الوالدين .

- اضطراب متوسط :

عدد المشكلات السلوكية وتأثيرها على الآخرين يقعان موقعاً وسطاً بين المستوى الخفيف والمستوى الشديد مثل السرقة بدون مواجهة الضحية ، وتخريب الممتلكات .

- اضطراب شديد (حاد) :

توجد مشكلات سلوكية كثيرة تزيد عما هو مطلوب لتشخيص الاضطراب وهذه المشكلات تسبب إيذاءً شديداً للآخرين مثل ممارسة الجنس بالإكراه والإصابات الجسمية الخطيرة للضحايا ، والانتهاكات الشديدة للقوانين والسرقة بمواجهة الضحية ، والغياب الطويل عن البيت ، واقتحام المنازل أو السيارات .

وطبقاً لما هو وارد في محكات الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية يتم تشخيص اضطراب المسلك من النوع الذي يحدث في مرحلة الطفولة في الحالات الآتية :

أ- إذا ظهر على الطفل ثلاثة أعراض على الأقل .

ب- إذا ظهرت تلك الأعراض خلال الاثنى عشر شهراً السابقة .

جـ- إذا ظهر أحد هذه الأعراض (عرض واحد على الأقل) خلال الستة شهور الأخيرة .

د- أن تظهر هذه الأعراض جميعها قبل سن العاشرة .

أما النوع الذي يحدث في مرحلة المراهقة يتم تحديده من خلال غياب أو عدم وجود أي معيار يتعلق باضطراب المسلك قبل بلوغ سن العاشرة .

واضطراب المسلك ليس له حد زمني أو عمري أدنى ، ففي الطفل الذي يقل عمره عن ١٠ سنوات فإن الوجود المتكرر لسلوك واحد فقط من السلوكيات الموجودة في DSM-IV يكون كافياً للتشخيص ، وبالتالي فحتى

الطفل الذي في سن ما قبل المدرسة الذي أظهر عدواناً خطيراً متكرراً بقصد إلحاق الضرر تنطبق عليه المعايير بالنسبة لاضطراب المسلك .

محكات التصنيف الدولي العاشر للاضطرابات السلوكية والعقلية :

تتمثل المحكات التشخيصية لاضطراب المسلك وفقاً للتصنيف الدولي العاشر للاضطرابات السلوكية والعقلية العاشر International Classification of Mental and Behavioral Disorders (ICD-10) الصادر عن منظمة الصحة العالمية World Health Organization (١٩٩٢) بجنيف في :

المجموعة الأولى :

وجود نمط متكرر ومستمر للسلوك تنتهك فيه الحقوق الأساسية للآخرين أو المعايير والقواعد الاجتماعية المناسبة للعمر الزمني للفرد ، ويستمر هذا النمط لمدة ستة أشهر تحدث خلالها الأعراض الآتية :

١- يعانى الفرد من نوبات الغضب ، وحدة المزاج التي تناسب مستواه النمائي .

٢- يجادل الكبار .

٣- يرفض بإصرار مطالب الكبار ويتحدى تعليماتهم .

٤- يعمل الأشياء التي تضايق الآخرين بصورة متعمدة وواضحة .

٥- يلوم الآخرين على أخطائه أو سلوكه السئ .

٦- يسهل مضايقته من الآخرين .

٧- غاضباً ورافضاً باستمرار .

٨- غالباً ما يكون حاقداً أو انتقامياً .

٩- يكذب ويخلف وعوده للحصول على امتيازات أو بضائع أو ليتجنب التعهدات والالتزامات التي قطعها على نفسه .

١٠- يبدأ الشجار والعراك الجسمي بصورة متكررة (لا تتضمن الشجار مع الأخوة) .

١١- يستخدم أسلحة تسبب أذى جسمي للآخرين (مثل العصي والطوب والزجاجات المكسورة والسكين والأسلحة النارية ... إلخ) .

١٢- يسهر خارج المنزل ليلاً دون اعتبار لأوامر والديه ويظهر ذلك قبل سن ١٣ سنة .

١٣- يظهر وحشية جسدية نحو الأشخاص الآخرين (مثل : التقييد ، وإحداث الجروح ، أو حرق الضحية) .

١٤- يظهر وحشية جسدية نحو الحيوانات .

١٥- يحطم ممتلكات الآخرين بشكل متعمد وبأسلوب ما غير إشعال النيران .

١٦- يتعمد إشعال النيران بقصد إحداث أضرار جسيمة بممتلكات الآخرين .

١٧- يسرق أشياء قيمة بدون مواجهة الضحية إما داخل المنزل أو خارجه (مثل سرقة المعروضات ، والسطو على المنازل ليلاً ، والتزييف) .

١٨- يتغيب عن المدرسة بدون إذن ويظهر ذلك قبل سن الثالثة عشر .

١٩- يتكرر هروبه من البيت مرتين على الأقل أو يهرب مرة واحدة لمدة طويلة (لا يتضمن ذلك ترك البيت لتجنب الإساءة البدنية أو الإساءة الجنسية) .

٢٠- يرتكب جريمة تتضمن المواجهة مع الضحايا (مثل اختطاف حافظة النقود والابتزاز والسرقة بالتهديد والاغتصاب وقطع الطريق ... إلخ) .

٢١- يجبر شخص آخر على مضاجعته جنسياً .

٢٢- يتنمر على الآخرين ويهددهم ويرعبهم (مثل : تعمد توجيه ضربة تحدث الألم والأذى ، وتكرار التخويف ، والتعذيب ، والمضايقة) .

٢٣ - يحطم منزل شخص آخر أو يحطم مبنى أو سيارة .

ملحوظة : الأعراض التي تحمل أرقام ١١ ، ١٣ ، ١٥ ، ١٦ ، ٢٠ ، ٢١ ، ٢٣ تحتاج فقط إلى أن تحدث مرة واحدة لكي يتم تشخيص اضطراب المسلك .

المجموعة الثانية :

لا تتفق محكات تشخيص الاضطراب مع محكات تشخيص كل من اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع ، أو الفصام ، أو أحداث الهوس Manic Episode أو الأحداث الاكتئابية أو الاضطراب الإنمائي السائد Pervasive Developmental Disorder (PDD) ، أو اضطراب النشاط الزائد ، وإذا اتفقت محكات تشخيص الاضطراب مع محكات تشخيص أي من الاضطرابات السابقة فإن التشخيص يكون اضطراب سلوكي انفعالي مختلط .

ويصنف الاضطراب وفقاً للعمر الزمني إلى :

- النوع الذي يبدأ حدوثه في مرحلة الطفولة : يحدث قبل سن ١٠ سنوات .
- النوع الذي يبدأ حدوثه في مرحلة المراهقة : يحدث بعد سن ١٠ سنوات .

المجموعة الثالثة :

يصنف اضطراب المسلك حسب شدته إلى ثلاثة مستويات هي :

أ- اضطراب خفيف (معتدل) :

توجد مشكلات سلوكية قليلة تفي بالتشخيص ، ولكنها تسبب أذى بسيطاً

للآخرين .

ب- اضطراب متوسط :

تكون شدة المشكلات السلوكية وتأثيرها على الآخرين في موقع وسط بين المستوى الخفيف والمستوى الحاد أو الشديد .

جـ- اضطراب حاد :

توجد مشكلات سلوكية عديدة بصورة متزايدة عما يتطلبه إجراء التشخيص ، وتسبب إيذاءً شديداً للآخرين مثل الإيذاء البدني الشديد ، والتخريب المتعمد للممتلكات ، والسرقة .

المجموعة الرابعة :

يصنف اضطراب المسلك إلى الأنواع التالية :

١- اضطراب المسلك المقتصر على إطار الأسرة :

أ- يجب توافر المحك العام لاضطراب المسلك (وجود نمط متكرر ومستمر للسلوك تنتهك فيه الحقوق الأساسية للآخرين أو المعايير والقواعد الاجتماعية المناسبة للعمر الزمني للفرد ، ويستمر هذا النمط لمدة ستة أشهر يحدث خلالها مجموعة من الأعراض) .

ب- أن توجد ثلاثة أو أكثر من الأعراض المذكورة في قائمة محكات المجموعة الأولى مع ثلاث على الأقل من البنود ٩ – ٢٣ .

جـ- أن يوجد على الأقل واحد من الأعراض من بين البنود من ٩ – ٢٣ لمدة ستة أشهر .

د- أن يكون اضطراب المسلك محدداً بالإطار الأسرى .

٢- اضطراب المسلك غير الاجتماعي :

أ- يجب توافر المحك العام لاضطراب المسلك .

ب- أن توجد ثلاث أو أكثر من الأعراض المذكورة في محكات المجموعة الأولى مع ثلاثة على الأقل من البنود ٩ - ٢٣ .

جـ- أن يوجد على الأقل واحد من الأعراض المذكورة من ٩ - ٢٣ لمدة ستة أشهر .

د- أن يوجد بصورة قاطعة ضعف في العلاقات مع مجموعة الأقران ورفاق الشخص ، كما يتضح في العزلة أو الرفض أو عدم الشعبية ، ونقص الصداقات الحميمة المتبادلة الدائمة .

٣- اضطراب المسلك الاجتماعي (ذي الصبغة الاجتماعية) :

أ- يجب توافر المحك العام لاضطراب المسلك .

ب- أن توجد ثلاث أو أكثر من الأعراض الخاصة بالاضطراب والمذكورة في محكات المجموعة الأولى مع ثلاث على الأقل من الأعراض المذكورة في البنود من ٩ - ٢٣ .

جـ- أن يوجد على الأقل واحد من الأعراض المذكورة في البنود من ٩ - ٢٣ لمدة ستة أشهر .

د- العلاقات مع الرفاق تكون داخل الحدود العادية .

٣- اضطراب العناد والتحدي :

أ- يجب توافر المحك العام لاضطراب المسلك .

ب- أن توجد أربعة أو أكثر من الأعراض المذكورة في محكات المجموعة الأولى ، ولكن مع عدم وجود أكثر من عرضين من الأعراض المذكورة في البنود من ٩ - ٢٣ .

جـ- الأعراض في المحك السابق (ب) يجب أن تكون غير متوافقة وغير متسقة مع المستوى النمائي .

د- وجود أربعة أعراض - على الأقل - خلال الستة شهور الماضية .

ويميز الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية بين الأطفال الصغار الذين لديهم بداية حدوث مبكر أو حدوث متأخر لاضطراب المسلك ، فالأطفال الذين تظهر عليهم أعراض اضطراب المسلك في مرحلة الطفولة يظهرون عرضاً مرضياً واحداً على الأقل من أعراض الاضطراب وذلك قبل سن العاشرة ، بينما الأطفال الذين يبدأ حدوث الاضطراب لديهم في مرحلة المراهقة لا يظهرون ذلك ، ويفيد سن بداية حدوث الاضطراب في تشخيص وعلاج الأطفال ذوى الاضطراب (لاهى ووالدمان Lahey & Waldman ، ٢٠٠٣) .

والأطفال الذين تظهر عليهم أعراض اضطراب المسلك في مرحلة الطفولة من المحتمل أن يكونوا من البنين الذين يظهرون المزيد من الأعراض المرضية العدوانية ، ويستمرون في سلوكياتهم المعادية للمجتمع بمرور الوقت ، وعلى العكس فالأطفال الذين يبدأ حدوث اضطراب المسلك لديهم في مرحلة المراهقة من المحتمل أن يكونوا من بين البنين والبنات ولا يظهرون الحدة أو الشدة ، والحالة المرضية النفسية التي تميز الأطفال الذين يحدث لهم هذا الاضطراب في بداية مرحلة الطفولة يكونون أقل احتمالاً أن يرتكبوا جرائم عنيفة أو يستمرون في سلوكياتهم المعادية للمجتمع عندما يكبرون في السن (ماش وولف Mash & Wolfe ، ٢٠٠٧) .

القضايا المتعلقة بعملية التشخيص الحالية :

يتم تشخيص اضطراب المسلك والحالات المرتبطة به على أساس أوجه السلوك التي يتم ملاحظتها ، وكما يتم تعريفها سواء في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع أو المراجع المعدل للاضطرابات النفسية

(DSM-IV-TR) أو في التصنيف الدولي العاشر للاضـطرابات الـسلوكية والعقلية (ICD-10) ، ومع ذلك فإن استخدام مثل هذه المعايير لا يمثل مشكلة في كل الأحوال ، وذلك لأن أوجه السلوك يتم توزيعها على منوال واحد في العينة السكانية ، وهذا يعنى أن التشخيص يقوم على وجود مجموعـة مـن السلوكيات التي تتعدى العتبة أو الحد والتي قد تتنوع من وقت لآخر ، ومثل هذه الطريقة تثير الكثير من التساؤلات منها لماذا يكون الحـد الأدنـى هـو وجود ثلاثة أعراض مرضية بدلاً من أربعة أو خمسة أعراض ؟ ، ولمـاذا تكون مدة السلوك ستة أشهر في (ICD-10) ، واثنـي عـشر شـهراً فـي (DSM-IV-TR) ؟ وتستبعد العتبة أيضاً من العلاج أعداداً كبيرة من الأطفال الذين لم يتلقوا أي تشخيص كلينيكي ، ورغم ذلك قد يكون لديهم سلسلة مـن المشكلات التي تتدخل في نموهم ، كما أن تـشخيص اضـطراب المـسلك باستخدام المعايير التشخيصية يتضمن عدداً صغيراً من الأعراض المرضية من بين عدد أكبر من الأعراض المرضية المحتملة أو الممكنة ؛ لذا فإنه من الناحية النظرية نجد أن الحالات التي تحتاج إلى أن تنطبق عليهـا معـايير اضطراب المسلك لكي يتم تشخيصها بدقة تحتاج إلـى درجـة عاليـة مـن الوضوح ، الأمر الذي يجعل التشخيص أقل وضوحاً عن الممارسة أو فـي الواقع ، يضاف إلى ذلك أن الأعراض المرضية لاضطراب المسلك تتداخل مع الأعراض المرضية لاضطراب العناد والتحـدي ، وكـذلك الأعـراض المرضية لاضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، وهذا يمثـل مشكلة لأن الحالات المرضية المشتركة لها سمات متميزة ومستقلة تمامـاً ، علاوة على ذلك فإن استخدام نفس الأعراض المرضية المختلفة للمجموعات العمرية بصرف النظر عن الحقيقة التي تفيد بأن الأطفال الأصـغر سـناً لا يشتركون في الأنشطة التي تسبب مشكلات للأطفال الأكبـر سـناً ، وهـذه الجزئية تمثل أو تسبب مشكلة أيضاً .

وتشير غالبية البحوث التي أجريت على الأطفال الذين لديهم مستويات متباينة من السلوك المعادى للمجتمع ، والذين تم تحديدهم أو التعرف عليهم عن طريق مجموعة متنوعة من الطرق التي تتضمن المقابلات الكلينيكية ، والمقاييس المقننة (على سبيل المثال قائمة مراجعة سلوك الطفل ، وتقارير الوالدين والمعلمين عن السلوك المسبب للمشكلات) ، وعلى الرغم من أن هذه الدراسات تشمل الكثير من الأطفال الذين يعانون من اضطراب المسلك إلا أن نتائج معظم هذه الدراسات أوضحت وجود شريحة كبيرة جداً من الأطفال لم تنطبق عليهم معايير الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية (DSM-IV-TR) وهذه النتائج توحي بالتقدير المغالى فيه لاضطراب المسلك .

ونظراً لاحتمال حدوث خطأ في تشخيص الاضطراب في بعض الأحيان خاصة عندما تحدث أشكال السلوك غير المرغوب فيه في مواقف تنطوي على تهديد للشخص فإنه ينبغي الحذر عند استخدام هذا التشخيص بمعنى أن يطبق فقط عندما يكون السلوك غير المرغوب فيه عرضاً لاختلال كامن لدى الشخص وليس مجرد رد فعل لسياق اجتماعي مباشر ، ومن الأمثلة على ذلك أن الشباب المهاجر من أماكن تعانى من الحروب والذين يلاحظ لديهم تاريخ للسلوك العدواني والذي قد يكون ضرورياً للبقاء في ذلك السياق لا ينطبق عليهم تشخيص اضطراب المسلك ، وبالتالي فمن المفيد للأخصائي النفسي الذي يعمل في هذا المجال أن يأخذ في اعتباره السياق الاجتماعي الاقتصادي الذي تحدث فيه أشكال السلوك غير المرغوب فيها (الجمعية الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric Association ، ١٩٩٤ ؛ جمعة يوسف ، ٢٠٠٠) .

ومما يجب التأكيد عليه أن اضطراب المسلك ليس له حد عمر أدنى ، ففي الطفل الذي يقل عمره عن ١٠ سنوات فإن الوجود المتكرر لسلوك واحد فقط من الـــ ١٥ سلوك الموجودة في محكات الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية تكون كافية للتشخيص ، وبالتالي فحتـــى الطفل الذي فى سن ما قبل المدرسة الذي أظهر عدواناً خطيراً متكرراً بقصد إلحاق الضرر تنطبق عليه محكات التشخيص بالنسبة لاضطراب المسلك .

إشعال الحرائق :

يُعد إشعال الحرائق من جانب الأطفال مشكلة خطيرة لم تأخذ الاهتمام الكافي ، فالأطفال يقومون بإشعال ما يزيد على ٦٥٠٠ حريقـــاً كـــل عـــام ويتسبب ذلك في وفاة ٣٠٠ شخص على الأقل ، ويؤدى إلى حدوث إصابات تفوق ٢١٠٠ إصابة ، كما أن تكاليف إتلاف أو تدمير الممتلكات تبلغ مئـــات الملايين من الدولارات (سارا‌ســـون وسارســـون Sarason & Sarason ، ٢٠٠٦) .

ويتبادر إلى الذهن سؤال من هم مشعلي الحرائق الصغار؟ إن أسلوبهم النفسي يبدو أو يتصف بمشاعر الغضب والرغبة فـــي الانتقـــام ، فإشـــعال الحرائق بالنسبة لهم هو وسيلة للتعبير عن مشاعر متراكمة مـــن الغـــضب والانتقام والعدوان التي يكونون مدركين لها بطريقة جزئية فقط ، وأهـــداف هؤلاء الأطفال تكون غالباً تدمير ممتلكات وأشياء الأفراد الـــذين يوجهـــون غضبهم ضدهم ، فالأطفال الصغار المولعين بإشعال الحرائق ينحدرون مـــن أسر مفككة ، ويقوم بتربيتهم أحد الوالدين فقط (الأم غالباً) لأنه في أحيـــان كثيرة يكون الأب غير متواجد في البيت (جاينور Gaynor ، ٢٠٠٢) .

وأطفال المدرسة الابتدائية الذين يشعلون الحرائق يكون لديهم مشكلات

مدرسية وسلوكية ذات دلالة في المدرسة ، وتوضح الحالة التالية عدداً من المعالم التي يتم رؤيتها في مشعلي الحرائق من الصغار .

يبلغ فرانك Frank من العمر ١٠ سنوات ، ويعيش مع والدته وشقيقته التي تبلغ من العمر ١١ سنة ، وذلك في منطقة حضرية تتسم بالدخل المتوسط إلى المتدني ، ولقد حدث طلاق بين والد فرانك ووالدته منذ أن كان عمر فر انك ثمان سنوات وكانت والدة فرانك تعيش مع رجل تقول عنه أنه كريم جداً مع أسرتها ، فكان يحب قضاء وقت مع أطفالها ، ولكنه كان حازماً وقاسياً جداً عندما كان يقوم فرانك بعمل لا يعجبه ، وفي الآونة الأخيرة انفصلت الأم عنه لأنه كان يسيء إليها ويضربها ، ولقد شهد فرانك هذا الاعتداء وهذه الإساءة مرات عديدة ، وربما كان هو أيضاً ضحية لذلك الضرب والاعتداء ، ومع ذلك فعندما تم سؤالهما أنكرت الأم وفرانك توجيه أي ضرب أو إساءة إلى فرانك ، وخلال فترة الانفصال بدأت والدة فرانك تلاحظ بعض المشكلات السلوكية لدى ابنها فقدرته على التركيز تناقصت بدرجة كبيرة جداً ، وأتت تقارير من المدرسة تفيد باشتراكه في مشاجرات مع أقرانه ، وفي البيت كانت تنتاب فرانك نوبات مزاجية حادة بين الحين والآخر ، وأثناء ذلك كان يتسم سلوكه بالغضب الشديد لدرجة أنه يدمر لعبه ، وعليه كان سلوك فرانك يتسم بالعدوان اللفظي ، والتهجم على أخته ، وبصفة عامة كان سلوك فرانك مشيناً في البيت والمدرسة ، وذكرت والدته أن هذا كله سلوكاً غير عادياً بالنسبة لفرانك ، وأنها قلقة جداً على صحته وسلامته ، ولاحظت والدة فرانك انه كان محباً للاستطلاع بخصوص النار منذ أن كان في الثالثة من عمره عندما كانت تجده يلعب بالكبريت في المطبخ ، وفي هذا الوقت علمته كيف يشعل عود الكبريت بطريقة صحيحة ، وكانا يمارسان إشعال الكبريت سوياً وإطفائه وإلقاء عيدان الكبريت في المدفأة ، وأخبرته بأنه لا يجب عليه أبداً أن يلعب بالكبريت وشجعته على أن يأتي إليها إذا شعر

برغبته في إشعال عود كبريت ويشعلانه معاً ، ورغم هذه القواعد بشأن إشعال الحريق إلا أن والدة فرانك وجدت بعض بقايا ورق الجرائد المحترق في المدفأة، وفي إحدى الأمسيات وصلت إلى البيت مبكراً عائدة من العمل لتجد أن فرانك جمع صفحات الجرائد ويحاول أن يشعل فيها النار ويلقيها في البيت بأكمله ، والحدث القريب الذي قام به فرانك مؤخراً هو إشعال النار في النموذج الورقي لطائرته ، وذلك فوق البوتاجاز الموجود في المطبخ وجرى وهو يحملها في يديه إلى غرفة المعيشة ليضعها في المدفأة الموجودة بها ، ولسوء الحظ لم يصل إلى المدفأة في الوقت المناسب ، ووقعت الطائرة المحترقة على السجادة محدثة حريقاً صغيراً ، وفي هذا الوقت بدأ الارتباك والخوف يتملك فرانك فجرى خارجاً من المنزل وهو يصرخ ويطلب المساعدة ولحسن الحظ كانت والدته على مقربة من المنزل فأسرعت عائدة إلى البيت هي وفرانك واستطاعا أن يخمدا النيران (جاينور Gaynor ، ٢٠٠٢) .

ولحسن الحظ لم يسبب الحريق الذي أشعله فرانك أي ضرر جسيم ، وعدد مرات تكرار إشعال فرانك للحرائق قد ازداد تقريباً وقت انفصال أمه عن صديقها ، وهذا يوحي بأنه من الممكن وجود علاقة بين السلوك الذي يتضمن إشعال الحرائق والخلاف أو الصراع الأسرى في أسرة فرانك ، وقد يكون من الممكن أيضاً أن فرانك يختبر حدود سلطة والدته ، وفي نفس الوقت فإنه يطلب المزيد من الانتباه والاهتمام من جانب والدته ، فسلوكه الذي يتضمن إشعال الحرائق ربما يمثل استغاثة لطلب المساعدة ، وحتى على الرغم من أن فرانك قد لا يكون قادراً على أن يفهم أو يعبر عن ذلك (ساراسون وساراسون Sarason & Sarason ، ٢٠٠٦) .

وقد ينظر إلى السلوك الذي يتضمن إشعال الحرائق على أنه محاولة

لإحداث نوع من التغيير في البيئة ؛ حيث أن السلوكيات البديلة التي تحفزها الحاجة إلى التغيير قد ثبت أنها غير فعالة ، فالأفراد الذين يشعلون الحرائق هم في العادة أفراد غير قادرين على أن يطوروا سلوكيات ملائمة أو مناسبة وضرورية للتعبير عن إشباع احتياجاتهم النفسية والاجتماعية ، فإشعال الحرائق قد يبدو عند بعض الأطفال كطريقة لتأكيد السيطرة أو التحكم في البيئة (جاينور Gaynor ، ٢٠٠٢) .

ويُعد العلاج النفسي الفردي ، والعلاج الأسرى هما الطريقتان الأساسيتان المستخدمتان في علاج الأطفال الذين يشعلون الحرائق ، فالهدف الأساسي من العلاج النفسي الفردي هو التخلص الفوري من السلوك الذي يتضمن إشعال الحرائق مع التأكيد الثانوي على المشكلات الضمنية ، والعلاج المعرفي السلوكي ، والعلاج السلوكي هما من أفضل طرق العلاج التي تم تطويرها لهذا الغرض ، والهدف الرئيسي للعلاج المعرفي السلوكي هو تعليم الأطفال كيفية التعرف على الدافع لإشعال الحريق ، وتفسير السلوك قبل البدء فيه واستبدال السلوكيات غير الملائمة بسلوكيات ملائمة من الناحية الاجتماعية (ساراسون وساراسون Sarason & Sarason ، ٢٠٠٦) .

المنظورات : Perspectives

تم النظر إلى اضطراب المسلك من جوانب متعددة ، وكل جانب من هذه الجوانب يستخدم مصطلحات وتعريفات مختلفة لوصف الأنماط التي يتسم بها للسلوك ، وهذه الجوانب تتضمن الجانب القانوني Legal ، والجانب النفسي Psychological والجانب الطب نفسي Psychiatric ، والجانب المتعلق بالصحة العامة Public Health .

فمن الناحية القانونية : يتم تعريف السلوكيات العادية للمجتمع على أنها

أعمال انحرافية أو إجرامية ، ولأن الأعمال الانحرافية تكون نتيجتها القبض على مرتكبيها وتقديمهم للمحاكمة ، فإن التعريفات القانونية تستثنى السلوكيات المعادية للمجتمع أو المنافية للأعراف السائدة في المجتمع التي يرتكبها الأطفال الصغار في البيت أو في المدرسة ، ومن المهم أن نميز بين الانحراف الرسمي والانحراف الذي يتم ذكره في التقارير الذاتية ، والشباب الذي يظهر السلوكيات المعادية للمجتمع ، والذي يتم القبض عليه من جانب الشرطة ربما يختلف عن الشباب الذي يظهر نفس الأنماط السلوكية ولكن لا يتم القبض عليه بسبب ذكائهم أو سعة حيلتهم ، ويستمر الخلاف حول العمر الذي ينبغي أن تحدد فيه المسؤولية عن العمل أو السلوك المنحرف ، فيرى البعض أن الحد الأدنى للعمر الذي يجب فيه تحمل المسؤولية ١٢ سنة أو ١٣ سنة ولكن هذا العمر لم يتم الثبات عليه عبر السنين فيما يتعلق بتحمل المجتمع أو عدم تحمله أو تسامحه مع السلوكيات المعادية للمجتمع .

ونظراً للعدد الكبير من الشباب المتورط في أنشطة إجرامية ، فيجب أن نسأل فيما إذا كانت هذه السلوكيات ترجع في مجملها للبيئة العدوانية التي يعيش فيها هؤلاء الشباب ، أما ترجع لظروف داخل الفرد نفسه ، ولسوء الحظ لا توجد حدود واضحة بين الأعمال الانحرافية التي تعتبر رد فعل للظروف البيئية (مثل الأحياء التي ترتفع فيها نسبة الجريمة) ، وبين الأعمال التي تنتج عن عوامل داخل الفرد نفسه كالاندفاعية .

ويتطلب تعريف الصحة النفسية أن يعرض الطفل نموذج أو نمط مستمر يدل على أوجه السلوك المعادية للمجتمع ، وبالتالي فهناك مجموعة فرعية من الأطفال ينطبق عليها التعريف القانوني للانحراف، وينطبق عليهم أيضاً التعريف الخاص بالاضطراب العقلي .

ومن الناحية السيكولوجية : يقع اضطراب المسلك على خط متصل لسلوك خارجي يشمل خليطاً من الأعمال العدوانية والاندفاعية والانحرافية التي تتسم بفرط الحركة أو النشاط الزائد ، والأطفال الذين يقعون في الحد المتطرف الأعلى ، والذي يكون عادة انحراف معياري واحد أو أكثر فوق المتوسط يكون لديهم اضطراب المسلك (بيرنز وآخرون .Burns et al ، ١٩٩٧) .

وتشمل أوجه السلوك الانحرافي انتهاك القواعد كالهروب وإشعال الحرائق والسرقة والتزويغ من المدرسة واستخدام المشروبات الكحولية والمخدرات وارتكاب أعمال التخريب وتشمل السلوكيات العدوانية العراك والتدمير والعصيان أو عدم الطاعة والاستعراض والتحدي والعناد وتهديد الآخرين والقيام بأعمال مشينة .

وهناك بعدين مستقلين إضافيين للسلوكيات المعادية للمجتمع تم تحديدهما وهما الظاهر – الخفي Overt - Covert ، والمدمر – غير المدمر Destructive – Nondestructive ، والبعد الظاهر – الخفي يتراوح من الأعمال المرئية الظاهرة مثل العراك إلى الأعمال الخفية المستترة كالكذب أو السرقة ، والأطفال الذين يظهرون السلوكيات المعادية للمجتمع الظاهرة يكونوا سلبيين ، وسريعي الغضب ، ويعبرون عن الاستياء في تفاعلاتهم أو ردود أفعالهم تجاه المواقف العدوانية ، وينحدرون من اسر يسودها مستويات من النزاع أو الخلاف الأسرى (كازدين Kazdin ، ١٩٩٢) ، وعلى العكس فالأطفال الذين يعرضون أو يظهرون السلوكيات الخفية المعادية للمجتمع يكونون اجتماعيين وقلقين بدرجة أكبر ، ويرتابون أو يشكون في الآخرين بدرجة أكبر ، وينحدرون أو يأتون من بيوت تقدم مساندة أسرية

قليلة لهم ، ومعظم الأطفال الذين يعانون من اضطراب المسلك يظهرون السلوكيات الخفية والظاهرة المعادية للمجتمع ، وهؤلاء الأطفال يكونون في نزاع وخلاف مستمر أو متكرر مع السلطة ، ويظهرون أشد أنواع الخلل الوظيفي الأسرى ولديهم أسوأ النتائج الطويلة الأجل (ماش وولف Mash & Wolfe ، ٢٠٠٧) .

والبعد المدمر – غير المدمر يتراوح من أعمال كالقسوة على الحيوانات أو الهجوم البدني إلى سلوكيات غير مدمرة كالمجادلة Arguing أو حب الجدل وسرعة الغضب ، ويؤدى البعد الظاهر – الخفي مع البعد المدمر – غير المدمر إلى أربعة أنواع من اضطراب المسلك هي :

أ- المدمر الخفي أو انتهاك الممتلكات

Covert-Destructive or Property Violations

ب- الظاهر- المدمر أو العدوان Overt - Destructive or Aggression

ج- الخفي – غير المدمر أو انتهاك الحالة

Covert - Nondestructive or Status Violations

د- الظاهر – غير المدمر أو السلوك المعارض.

Overt - Nondestructive or Oppositional Behavior

والأطفال الذين يظهرون السلوكيات المدمرة الظاهرة ، ولاسيما العراك الجسدي المستمر يكونون في مخاطرة عالية من جراء حدوث مشكلات طبية نفسية فيما بعد ، وضعف في الأداء الوظيفي (برويدى وآخرون Broidy et al. ، ٢٠٠٣) .

ومن الناحية الطب نفسية : يتم تعريف المشكلات السلوكية على أنها اضطرابات عقلية متميزة تعتمد على الأعراض المرضية للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (الجمعية الأمريكية للطب النفسي

American Psychiatric Association ، ٢٠٠٠) ، ففي الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية (DSM-IV-TR) فإن اضطرابات السلوك الفوضوي أو المشين Disruptive Behavior Disorders هي أنماط مستمرة من أوجه السلوك المعادى للمجتمع التي تتضمن اضطراب العناد والتحدي ، واضطراب المسلك ، واضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (لوبير وآخرون .Loeber et al ، ٢٠٠٠) .

من منظور الصحة العامة : يربط هذا المنظور بين الجوانب القانونية والسيكولوجية ، والطب نفسية وبين مفاهيم الصحة العامة وذلك فيما يتعلق بالوقاية والتدخل العلاجي ، والهدف هنا هو تقليل عدد الإصابات والوفيات والمعاناة الشخصية والتكاليف الاقتصادية المرتبطة بعنف الشباب ، و تشمل الصحة العامة منظومات متعددة ومجالات مختلفة فهي تجمع بين واضعي السياسات والعلماء والمتخصصين والشخصيات العامة في المجتمع والأسر والأفراد بهدف أن يفهموا مشكلات المسلك عند الشباب ، ويحددوا الطريقة التي يمكن إتباعها لعلاج هؤلاء الشباب ووقايتهم من الاضطراب (بيتت ودودج Pettit & Dodge ، ٢٠٠٣) .

الفصل الرابع

أسباب الاضطراب

مقدمة :

توجد أسباب متعددة لحدوث اضطراب المسلك فهو لا يظهر من تلقاء نفسه ، ولا يكون ظهوره عشوائياً في أي عينة غير مختارة من الأفراد في أي مجتمع بل لابد أن يكون هناك عوامل مساعدة على ظهور أو حدوث الاضطراب ، وفهمنا لهذه العوامل التي تسبب الاضطراب يُعد أمراً ضرورياً من أجل تطوير التدخلات العلاجية الفعالة والملائمة ، ومن أجل فهم إمكانية الوقاية من الاضطراب ، ولقد ألقت نتائج البحوث الضوء على عدد من عوامل المخاطرة Risk Factors التي يعتقد أنها هامة فيما يتعلق بنمو أو نشوء السلوك المضطرب ، ويمكن تعريف العوامل السببية بصفة عامة على أنها العوامل التي لها علاقة بالطفل بخصوص الاستعداد المسبق البيولوجي ، وغيرها من العوامل التي لها علاقة بالبيئة ، وهنا تستخدم البيئة بمعناها الواسع الذي يشمل تفاصيل البيئة القريبة التي تقدم الرعاية للطفل (علاقة الطفل بوالديه أو أولياء أموره أو مقدمو الرعاية له) ، وكذلك تفاصيل البيئة البعيدة التي تشمل باقي أفراد الأسرة والعائلة والمجتمع .

أسباب الاضطراب :

يرتبط حدوث اضطراب المسلك بعديد من العوامل منها العوامل الوراثية ، والعوامل البيولوجية ، وسوء استخدام المادة ، والفقر ، كما يرتبط حدوث الاضطراب بالعلاقة بين الوالدين والطفل والخلل الأسرى ، ويظهر الاضطراب غالباً في جو يسوده الصراع الأسرى والعدوانية ، والأطفال الذين ينبذهم والديهم ويهملونهم ويتركونهم ، أو يفشلون في تربيتهم تربية جيدة ، ولا يشرفون عليهم أو يوجهونهم من المحتمل بدرجة كبيرة أن

يمارسون البلطجة على الآخرين ويسرقون أو يهربون من المنزل ، وبالمثل عندما يظهر الوالدين مستويات منخفضة من الحكم الأخلاقي Moral Judgment أو يكون لديهم حالة مزاجية مرتبطة بسوء استخدام المادة ، والاضطرابات الفصامية Schizophrenic Disorders من المحتمل بدرجة أكبر أن يعاني أطفالهم من أعراض اضطراب المسلك (كومر Comer ، ١٩٩٨ ؛ الجمعية الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric Association ، ٢٠٠٠) .

ولاضطراب المسلك درجات متباينة من الحدة أو الشدة فالإساءة من جانب الوالدين ، وبداية حدوث السلوك المسبب للمشكلات في مرحلة الطفولة المبكرة ، والمصاعب المالية ، ونقص الإشراف كل ذلك يرتبط باضطراب المسلك من النوع الحاد ، وبالإضافة إلى ذلك فسير المرض الردئ يرتبط بزيادة في عدد وحدة المعايير النوعية للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية ، كما تزداد المخاطرة مع وجود اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد كحالة مرضية مشتركة ، وسوء استخدام المادة (سيارجت وآخرون .Searight et al ، ٢٠٠١) .

والبيانات التي توضح الانتشار العالي لاضطراب الشخصية المعادية للمجتمع لدى الآباء الذين لديهم اضطراب المسلك توحي بالانتقال الأسرى Familial Transmission ، فالوالدين بالتبني للأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك لم يوجد لديهم مشكلات تتعلق بعدم احترام المعايير المجتمعية أو مشكلات تتعلق بإدمان الخمر أو الخروج عن القانون (ليابو وريتشاردسون Liabo & Richardson ، ٢٠٠٧) .

ونظراً لأن الوراثة لها دور هام في هذا الصدد نجد أن هناك معدلات

عالية للاتفاق أو التطابق بالنسبة للسلوك المعادى للمجتمع في التوائم المتماثلة بدرجة أكبر مما في حالة التوائم غير المتماثلة .

وهناك مكون هام في النمو الطبيعي للطفل وهو نمو الجانب الخلقي في الشخصية الإنسانية وهو الجانب الذي يتعلق بنمو الوعي الأخلاقي واكتساب الإحساس أو القدرة بل الرغبة في الالتزام بالقواعد والأعـراف والمعـايير المجتمعية ، فمعظم الناس يمتنعون عن إيذاء الآخرين ليس فقط لأن ذلك غير قانوني ، ولكن لأنه سيجعلهم يشعرون بأنهم مـذنبون إذا ألحقـوا الأذى أو الضرر بالآخرين ، والدراسات التي اهتمت بفحص خلفيـات الصـغار ذوى السلوك المضطرب أو المشين أوضحت نمطاً لقصور الحياة الأسـرية فيمـا يتعلق بالعوامل التي يعتقد أنها أساسية لنمو الجانب الخلقي في الشخصية .

والأطفال ذوى السلوك الفوضوي مثل الأشخاص المضطربين (ذوى الشخصية غير الاجتماعية والتي تتضح من خـلال العنـف والانحـراف والسلوك الإجرامي) يبدو أن لديهم خلل أو نقص في نمو الوعي الأخلاقـي فهم ينظرون إلى الأعمال المعادية للمجتمع على أنها أعمال مثيرة ومسلية .

وبعـض أصـحاب النظريـات السـيكودينامية Psychodynamic Theories يرون أن اضطراب المسلك هو اضطراب أو خلـل فـي الأداء الوظيفي للأنا الأعلى ، أما أصحاب النظريات السيكولوجية الأخرى كنظرية التعلم الاجتماعي يرون أن الأطفال يمكنهم أن يتعلموا العدوان من الوالـدين الذين يتصرفون أو يسلكون بطريقة عدوانية ، فالأطفال يقلـدون الأعمـال العدوانية التي يتم رؤيتها في أي مكان ، على سبيل المثال الأعمال العدوانية التي يشاهدونها في التليفزيون ، ونظراً لأن السلوك العدواني يكون مـؤثراً على الرغم من أنه سلوك غير سار ووسيلة شنيعة لتحقيـق الهـدف، فمـن

المحتمل أن يتم تعزيزه أو تشجيعه وبالتالي يتم الاستمرار فيه ، وقدم باترسون Patterson (١٩٨٦) شرحاً يوضح كيفية إثابة أو مكافأة المشكلات السلوكية من خلال مثال مستمد من الملفات الكلينيكية ، وهذا المثال نسوقه فيما يلي :

" كان كريس Chris البالغ من العمر ثمان سنوات قد حضر إلى العيادة بصحبة والدته التي وصفته بأنه لا يمكن السيطرة عليه ، فحينما ترفض أمه الامتثال إلى أو تلبية طلباته فإنه يصبح متضايقاً ، كما وصفته بأنه عنيداً وغير متعاون وبذيئاً ، وبين الحين والآخر كانت تعتريه نوبات من الغضب ويرقد على الأرض ويركل بقدميه ويصرخ ، وكانت والدته تتجاهل سلوكه لدقائق قليلة ، ولكنها كانت ترضخ لطلباته عندما تصبح نوبات غضبه صعبة جداً لدرجة لا يمكن أن تتحملها ، وهذا التتابع من الهياج والاستسلام أصبح عادة ولاسيما عندما تكون والدته مشغولة ، فعندما كانت تشعر بأنها في عجلة من أمرها ومرتبكة فإنها كانت تستسلم لكريس على الفور، وكان هذا السلوك يتكرر في معظم الأوقات " .

وفرض القهر أو الإجبار Coercion Hypothesis يشترط أن تتم إثابة أو مكافأة كريس وكذلك والدته في هذا التتابع للأحداث ، فتتم إثابة كريس بجعله يتصرف ويطلب ما يشاء ، وتتم إثابة والدته بتوقف كريس عن سلوكه البغيض ، ومن خلال الإثابة المتبادلة فإن المشكلات السلوكية عند كريس وانصياع والدته ربما يتم الاستمرار فيهما ، والعلاج القائم على فرض القهر أو الإجبار سيوجه الأم بألا تستلم لكريس أثناء سوء سلوكه ، ومن ثم تطفئ مشكلة السلوك هذه ، ويبدو أن فرض الإجبار أو الإلزام يُعد نموذجاً محتملاً ولكن يشرح أو يفسر فقط كيف يتم الاستمرار في السلوك المفيد ، وليس كيف ينشأ أو يحدث هذا السلوك في البداية .

ولكي نفهم الأسباب التي تؤدى إلى حدوث اضطراب المسلك ، دعنا ننظر إلى أخين أو شقيقين – أحدهما مؤلف حائز على جائزة في التأليف الروائي ، بينما أخوه الأكبر محبوس في السجن لارتكابه جريمة قتل ، فكيف لنا أن نفسر أو نعلل هذه الفروق الشاسعة والمذهلة في نفس الوقت بين الأخين أو الشقيقين اللذان نما وترعرعا في نفس العائلة ؟ هل ذلك يرجع إلى اختلافات أو فروق في التركيبة الوراثية أو الجينية ، والأداء الوظيفي البيولوجي العصبي ، ومضاعفات الولادة ، والمزاج أو الطبع ، والذكاء ، والخبرات الأسرية ، وتأثيرات الأقران ، أو تركيبه ما من هذه العوامل ؟ ، والطرق السابقة التي استعرضت أسباب الاضطراب ركزت بشكل أساسي على الدافع العدواني الطفل ، والإحباط ، ونماذج الأدوار الرديئة والتعزيز وأوجه العجز في الأداء الاجتماعي ، ومع ذلك فمعظم هذه التفسيرات تعد غير دقيقة إلى حد كبير ويمكن تحديها فمثلاً ليس جميع الأطفال يتصرفون بطريقة عدوانية كما تتنبأ بذلك نظرية الدافع العدواني ، كما أن الإحباط أحياناً يؤدى إلى التعاون وليس بالأحرى إلى العدوان ، وبالإضافة إلى ذلك ، فإن ترمبلاى Tremblay (٢٠٠٠) يرى أن نظريات السبب الواحد لا تتنبئ بطريقة فعالة بالسبب وراء أن مقدار ونوع السلوك العدواني يتغير تبعاً لعمر وموقف الطفل ، وعلى الرغم من أن كل نظرية متعلقة بسبب واحد تلقى الضوء على محدد هام ، فلا يمكن لأي نظرية متعلقة بسبب واحد أو فردية أن تشرح كل أسباب السلوك المعادى للمجتمع .

وفيما يلي نتناول العديد من الأسباب التي تؤدى إلى حدوث اضطراب المسلك ، وسيتم تناول هذه العوامل أو الأسباب منفصلة بغرض التبسيط ، ومما يجب التأكد عليه أن مشكلات المسلك عند الأطفال يمكن تفسيرها بأكبر

درجة ممكنة عن طريق الأسباب المتعددة أو عن طريق عوامل المخـــاطرة وعوامل الحماية التي تعمل بطريقة إجرائية بمرور الوقت ، وينتج اضطراب المسلك من التفاعل أو التأثير المتبادل بين الطفل الذي لديه استعداد مســبق وبين الأسرة والمجتمع والعوامل الثقافية ، ويقدم موفيت Moffitt (٢٠٠٣) ملخصاً للتأثيرات السببية التي تؤدى إلى حدوث السلوك المعادى للمجتمع .

١- الطفل :

تشمل التأثيرات السببية المتعلقة بالطفل المخاطرة الجينية أو الوراثية ، ومضاعفات قبل الولادة ، ومضاعفات الــولادة ، والتعــرض للرصـــاص ، والإثارة المنخفضة ، والفاعلية المنخفضة ، وأوجه العجز الوظيفي ، والمزاج أو الطبع الحاد أو الصعب ، ونقص الانتباه المصــحوب بالنشـــاط الزائــد ، والاتصالات غير الآمنة ، وبداية حدوث العدوان فــي مرحلــة الطفولــة ، والإحجام أو التجنب الاجتماعي ، والانسحاب ، وأوجــه العجــز المعرفــي والاجتماعي ، وتدنى الذكاء اللفظي ، وأوجه العجز اللفظي .

٢- الأسرة :

تشمل التأثيرات السببية المتعلقة بالأسرة القيم الأسرية المعادية للمجتمع والسلوك المعادى للمجتمع أو الإجرامي من قبــل الوالــدين ، واضــطراب الشخصية المعادية للمجتمع عند الوالدين ، واكتئاب الأمهات ، وسوء استخدام المادة من جانب الوالدين ، والخلافات بين الزوجين ، ورعاية الطفل من أحد الوالدين فقط ، والأسرة الكبيرة العدد ، والمستوى الاجتماعي الاقتصـــادي المتدني ، وتدنى مستوى تعليم الوالدين أو أحــدهما ، والإهمـــال الأســرى والسماح للأولاد بتداول الأسلحة .

وينتشر اضطراب المسلك بدرجة كبيرة في الأسر التي تعـــانى مـــن الضغوط من جراء النزاع أو الخلافات والفقر والتي يكون فيها أحد الوالدين

أو كلاهما لديه اضطراب طبي نفسي مثل اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع أو إدمان الخمر ، ولقد تم إجراء العديد من الدراسات لتحديد العوامل النوعية التي تضع الأطفال الذين يتربون في مثل هذه الأسر في مخاطرة خاصة ، وأوضحت نتائج هذه الدراسات أن هذه العوامل تشمل الاستعداد الوراثي أو الجيني ، ونقص المهارات الاجتماعية والأكاديمية ، وعوامل البيئة الأسرية ، والمهارات الوالدية الرديئة .

٣- العوامل المرتبطة بالوالدين :

أوضحت نتائج العديد من الدراسات التي أجريت في هذا الصدد مساهمة البيئة الأسرية في حدوث واستمرار اضطراب المسلك وذلك عبر الأجيال ، فأسر الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك من المحتمل أن يكونوا قد جربوا الأحداث الحياتية السلبية ، والمصاعب المالية ، والبطالة ، وغير ذلك من المشكلات والضغوط ، ومن المحتمل أيضاً أن تكون مصادر المساندة الاجتماعية لديهم قليلة أو ربما يكونوا متورطين في نزاعات مستمرة مع الآخرين الذين يعيشون معهم في نفس البيئة (جافي وآخرون Jaffee et al. ، ٢٠٠٣) .

وبالإضافة إلى ذلك فإن أهل الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك من المحتمل أن يظهروا أوجه عجز كبيرة في المهارات الوالدية ، وبالتالي فالأطفال والمراهقين الذين لديهم مشكلات سلوكية أو سلوكيات منحرفة يبدو أن لديهم تجارب أسرية مختلفة عن الأطفال الذين لا يوجد لديهم هذه المشكلات ، ونتيجة لذلك فإن الأطفال الذين يعيشون في هذه الأسر يتعلمون كيف يستخدمون السلوكيات القسرية Coercive Behaviors في التفاعلات الأسرية وكيف ينقلون هذه الأساليب لمن يتصلون بهم من الأفراد الآخرين خارج دائرة الأسرة ، وبالنسبة للوالدين الذين يرغبون في الاشتراك في

برامج تدريب الوالدين القائمة على النواحي السلوكية فإن ذلك يمكن أن يكون فعالاً ومؤثراً في مساعدتهم على تقليل اضطراب المسلك والسلوكيات المرتبطة به ولاسيما إذا كان أطفالهم مازالوا صغاراً أو في مرحلة ما قبل المراهقة .

وتشمل التأثيرات السببية المتعلقة بالأسلوب الوالدي غير الفعال الإشراف والرقابة الوالدية الرديئة ، والتأديب غير المتسق وسوء المعاملة ، والتفاعلات المتضاربة أو المتنافرة بين الوالدين والطفل ، والاتصال الردئ ، وتدنى أسلوب أو مهارة حل المشكلات ، والإهمال من جانب الوالدين ، والدفء المتدني من الآباء .

٤- الأقران :

تشمل التأثيرات السببية المتعلقة بالأقران النبذ من جانب الأقران ، والارتباط أو مصاحبة الأقران المنحرفين .

٥- المدرسة :

تشمل التأثيرات السببية المتعلقة بالمدرسة الأداء الأكاديمي أو الدراسي السئ أو الردئ ، والارتباط الضعيف بالمدرسة ، والتطلعات المدرسية أو التعليمية المتدنية ، ونقص الدافعية للتعلم ، وافتقار المدرسة إلى التعلم والنظام وعدم وجود وسائل جذب للتلاميذ داخل المدرسة ، وافتقار المدرسة إلى الأداء الوظيفي الفعال .

٦- الجيران والمجتمع :

تشمل التأثيرات السببية المتعلقة بالجيران مساوئ الجيران والفقر وانتشار الفوضى وعدم الانضباط والانخراط في عضوية العصابات وانتشار الأسلحة وانتشار المخدرات والاتجاهات الثقافية السائدة والتي تشجع استخدام العدوان وأساليب التنشئة الاجتماعية الخاطئة التي تشجع على العدوان

والبلطجة .

٧- التنافر أو الخلاف بين الزوجين :

أوضحت نتائج العديد من الدراسات وجود ارتباط بين الخلاف بين الزوجين وبين السلوك المعادى للمجتمع عند الأبناء ، ويتفق معظم الباحثين على أن النزاع أو الصدام بين الزوجين ، وليس الطلاق نفسه هو الذي يرتبط بالسلوك المشين أو المضطرب عند الأطفال ، وهناك العديد من النظريات التي تتناول كيف أن النزاع بين الزوجين يؤثر بطريقة عكسية على الأطفال وهذا النزاع بين الوالدين يقدم أسلوب لاستخدام العدوان كطريقة لمعالجة المشكلات ، وهنا يتم تقليد سلوك الوالدين بواسطة الأطفال ولاسيما البنين الذين يتم رؤيتهم غالباً على أنهم مضطربين سلوكياً ، كما أن الوالدين الذين لديهما مشكلات زوجية يكونان غير متناغمين أو غير متفقين في أساليب تنشئة وتنظيم سلوكيات أبنائهم مما يؤدى إلى سلوك غير محكم لدى الأطفال ، وهناك احتمال ثالث هو أن الأطفال يحدثون المشكلات كطريقة لتشتيت أو تحويل انتباه الوالدين عن النزاع القائم بينهما ، والاحتمال الأخير هو وجود طفل ذو اضطراب في المسلك يمكن أن يخلق أو يسبب نزاعاً بين الزوجين .

والبديل لهذه الاقتراحات أوضحته نتائج العديد من الدراسات التي ترى أن هناك متغير ثالث وهو اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع عند الوالد أو الوالدة ، وهذا المتغير الثالث ربما يفسر أو يشرح النزاع بين الزوجين واضطراب المسلك عند الطفل ، وتقترح بياناتهم أن شخصية الوالدين المعادية للمجتمع ترتبط بدرجة رديئة بأقرانهم أو شركاء حياتهم وينقلان سلوكهما غير الملائم إلى أبنائهم ، وربما يحدث ذلك من خلال ميكانيزمات وراثية وليس مباشرة من خلال تأثيرات أو نتائج الخلافات الزوجية .

ووجهات النظر السابقة قد ثبت أنها مفيدة في ضوء الميكانيزم الـذي يربط الخلاف بين الزوجين بمشكلات الأطفال وجميعها تؤكد على أنه ينبغي على الوالدين أن يقللوا بدرجة كبيرة جداً من اشتراك أطفالهم في الخلافـات الزوجية .

ومما يجب الإشارة إليه أن الفقر والازدحام الزائد بـالمنزل والعـيش على المعونات الاجتماعية والظروف المنزلية السيئة التي تـنم عـن سـوء المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة وارتفاع نسبة البطالة ، والمؤسسات التعليمية السيئة أو الرديئة ، والحياة الأسرية المضطربة ، والثقافة الفرعيـة التي ترى أن الانحراف شيئاً مقبولاً كل ذلك من العوامل المسهمة في حدوث اضطراب المسلك .

٨- التأثيرات الوراثية :

توضح التأثيرات الوراثية عالمية السلوك العدواني والسلوك المعـادى للمجتمع عند البشر انطلاقا من الحقيقة التي تفيد بأن مثل هـذه السـلوكيات تحدث في عائلات داخل وعبر الأجيال المختلفة أهمية العوامـل الوراثيـة ، وعلى الرغم من أن مشكلات المسلك ليست موروثة ، فإن الكثير من السمات القائمة على النواحي البيولوجية مثل المزاج أو الطبع الصعب ، والاندفاعية ، والنشاط الزائد ، والميل إلى الإدمان قد تجعل الأطفال عند ميلادهم يميلـون إلى السلوك المعادى للمجتمع ، أو يكون لديهم ميل مسبق للاندفاعية والحالة المزاجية المتقلبة ، وضعف المثابرة في حل المشـكلات ، والقلـق وعـدم الارتياح ، والسلبية والحساسية للضغوط (إيلـى وآخـرون .Eley et al ، ٢٠٠٣) .

وينبئ المزاج أو الطبع الحاد خلال العامين الأولين من الحيـاة إلـى

حدوث قلق واندفاعية وسلوكيات غير مستقرة من الناحية الانفعالية ، وأوضحت نتائج عديد من الدراسات أن المزاج أو الطبع الحاد في مرحلة الطفولة يرتبط على نحو خاص بالإدانة بجرائم العنف في المراهقة المتأخرة وفي مرحلة الرشد بينما أوضحت نتائج الدراسات الخاصة بالتبني والتوائم أن ٥٠% من تباين العينة السكانية في السلوك المعادى للمجتمع ترجع إلى العوامل الوراثية (تايلور وآخرون .Taylor et al ، ٢٠٠٠ ؛ سيمونوف Simonoff ، ٢٠٠١) .

والأطفال ذوى النمط المستمر مدى الحياة (LCP) أكثر عرضة للمخاطرة الوراثية من جراء السلوك المعادى للمجتمع ، كما في حالة الأشخاص ذوى النمط المحدد أو الخاص بمرحلة المراهقة (AL) ، وتختلف قوة وطبيعة الإسهام الجيني أو الوراثي للسلوك المعادى للمجتمع اعتماداً على نوع السلوك وعمر الطفل ، ففي مرحلة الطفولة يكون السلوك المعادى للمجتمع العدواني Aggressive Antisocial Behavior وراثياً بدرجة كبيرة جداً بالمقارنة بالسلوك المعادى للمجتمع غير العدواني Non - Aggressive Antisocial Behavior الذي يتأثر بالعوامل الوراثية والعوامل البيئية (جاكوبسون وآخرون .Jacobson et al ، ٢٠٠٢) ، ومع ذلك فخلال مرحلة المراهقة فإن العوامل الوراثية والعوامل البيئية لهما تأثير متساوي لكلا الأشكال العدوانية وغير العدوانية للسلوك المعادى للمجتمع ، والاستمرارية في السلوك المعادى للمجتمع العدواني من مرحلة الطفولة إلى مرحلة المراهقة تتوسطها التأثيرات الوراثية بدرجة كبيرة جداً ، بينما الاستمرارية في السلوك المعادى للمجتمع غير العدواني تتوسطها التأثير المشترك للعوامل الوراثية والعوامل البيئية معاً (إيلى وآخرون .Eley et al ، ٢٠٠٣) .

وتقترح دراسات التبني والتوائم أن العوامل الوراثية والعوامل البيئية تسهمان في حدوث السلوك المعادى للمجتمع عبر النمو ، على الرغم من أن هذه الدراسات لم تحدد الميكانيزمات التي تعمل هذه العوامل بواسطتها ، ومن المحتمل أن المخاطر الوراثية للسلوك المعادى للمجتمع تعمل عن طريق مسارات متعددة هي :

أولاً : قد ترتبط العوامل الوراثية بالطبع الصعب أو المزاج الحاد ، والاندفاعية ، والميل إلى البحث عن إثابات أو مكافآت ، أو عدم الإحساس بالعقاب الذي يولد الميل المعادى للمجتمع أو الشخصية المعادية للمجتمع (ميللر وآخرون .Miller et al ، ٢٠٠٣) .

ثانياً : قد تزيد العوامل الوراثية من الاحتمال بأن الطفل سيتعرض لعوامل المخاطرة البيئية مثل الطلاق بين الوالدين ، وسوء المعاملة الوالدية ، والأحداث السلبية الأخرى التي تزيد من حدوث السلوك المعادى للمجتمع .

ثالثاً : قد يتوسط النمط الوراثي للأطفال القابلية للتعرض للعوامل والإهانات البيئية التي تساعد على حدوث السلوك المعادى للمجتمع فيما بعد ، فالأطفال الذين يعاملون معاملة سيئة ولديهم نمط وراثي أو جيني يرتبط بالمستويات العليا من أنزيم أيض الموصلات العصبية Monoamine Oxidase - A (MAOA) كانوا أقل احتمالاً أن يحدثوا السلوك المعادى للمجتمع عن الأطفال الذين يعاملون معاملة سيئة وليس لديهم هذا النمط الوراثي (كاسبى وآخرون .Caspi et al ، ٢٠٠٢) .

وينبئ السلوك المعادى للمجتمع في مرحلة الطفولة بسلوك مشابه في ذرية أو نسل الفرد ، وهذا التأثير ربما يستمر عبر أجيال متعددة فجدود

الأفراد المنحرفين من المحتمل بدرجة كبيرة أن يكونوا قد اشتركوا في سلوك انحرافي أو سلوك إجرامي وذلك بدرجة أكبر مما في حالة الجدود للأطفال غير المنحرفين (كابالدى وإيدى Capaldi & Eddy ، ٢٠٠٩) ، ومثل هذه النتائج لا يمكنها أن تحدد ما إذا كانت العوامل الأسرية أو العوامل الوراثية أو كلاهما معاً يحدث هذا التأثير أو النتيجة ، فدور العوامل الوراثية تؤيده دراسات التبني التي بينت أن اضطراب المسلك لدى الأفراد الذين تم تبنيهم بالإضافة إلى اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع ، وسوء استخدام المخدرات كان مرتبطاً بخلفيتهم البيولوجية وذلك بدرجة أكبر من الحالات في أسرهم المتبنية لهم ، ومع ذلك فإن البيانات المستمدة من دراسة كبيرة للتوائم الذين تم استدعائهم للخدمة العسكرية خلال فترة حرب فيتنام وجدت أن العوامل الوراثية لم تسهم في الأعراض المرضية لاضطراب المسلك ، وذلك على الرغم من أنها تنبئ بالتشابه بين التوائم في التعلق بشرب الخمر ، وتدخين الماريجوانا (ترو وآخرون .True et al ، ١٩٩٩) .

وتسهم البيئة الأسرية بشدة في حدوث اضطراب المسلك ولكن بدرجة أقل إلى حد ما في المخاطرة من جراء التعلق بشرب الخمر ، وتدخين الماريجوانا ، ونود هنا أن نوضح مدى مساهمة العوامل الوراثية في حدوث اضطراب المسلك مع العلم بأن هذه المساهمة لا توجد بدرجة كبيرة بالنسبة لاضطرابات أخرى ، فعندما يحدث اضطراب المسلك مع اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، أو مع اضطراب العناد والتحدي فإن الرابطة الوراثية تكون أقوى (كومينجز Comings ، ٢٠٠٠) .

وهناك نوعان من اضطراب المسلك أحدهما يكون عابراً وينتهي أو يضمحل بانتهاء مرحلة المراهقة ، والآخر يستمر ، وهذا النوع الثاني يحدث في حالة وجود اضطرابات أخرى ويكون له بعض المحددات أو العوامل

الوراثية ، ويبدو أن النوع الأول يرتبط أكثر بالأسلوب الوالدي في التربية وبالأقران ، وغير ذلك من المحددات البيئية (ساراسون وساراسون Sarason & Sarason ، ٢٠٠٦) .

٩- العوامل المتعلقة بالتغذية ومضاعفات الولادة :

ترتبط سوء التغذية أثناء الحمل بالسلوك المعادى للمجتمع فيما بعد ، وتنشأ سوء التغذية أساساً نتيجة نقص البروتين ، ومن العوامل التي تؤدى أيضاً إلى حدوث مشكلات المسلك فيما يعد التسمم بالرصاص قبل الميلاد ، واستخدام الأم للنيكوتين والخمور والمارجوانا وغيرها من المواد أثناء فترة الحمل (داى وآخرون Day et al. ، ٢٠٠٠) ومع ذلك فإن الدليل الذي يؤكد المضاعفات الوالدية ومضاعفات الولادة كأسباب بيولوجية مباشرة لحدوث السلوك المعادى للمجتمع هو دليل ناقص (هودجنز وآخرون Hodgins et al. ، ٢٠٠١) ، فعلى سبيل المثال تم تفسير العلاقة بين تدخين الأمهات أثناء الحمل ، وبين مشكلات المسلك عند الأفراد في مرحلة المراهقة بانتقال الميل البارز المعادى للمجتمع من الأم إلى الطفل ، وليس بالأحرى إلى التأثيرات الجانبية للتدخين أثناء فترة الحمل (سيلبرج وآخرون Silberg et al. ، ٢٠٠٣) .

١٠ - العوامل البيولوجية العصبية :

ترتبط الأنماط السلوكية للناس بنظامين فرعيين للمخ ، كل نظام منهما له مناطق تشريحية عصبية مميزة وله أيضاً مسارات للموصلات العصبية ، النظام الأول هو نظام التنشيط السلوكي Behavioral Activation System (BAS) وهذا النظام يحفز السلوك استجابة لإشارات الإثابات أو عدم العقاب ، والنظام الثاني هو نظام الكف السلوكي Behavioral Inhibition System (BIS) ، وهذا النظام يحدث القلق ويمنع السلوك من

الاستمرار ، وهناك أنماط سلوكية أخرى تنتج عن التوازن النسبي أو عـــدم التوازن المتعلق بنشاط النظامين السابقين ، ويمكن تشـــبيه نظـــام التنشـــيط السلوكي (BAS) بدواسة البنزين ، ونظام الكف السلوكي بفرامل الســـيارة ، وتظهر الأنماط السلوكية المعادية للمجتمع نتيجة نظـــام التنشـــيط الســـلوكي المتميز بالنشاط المفرط ونظام الكف السلوكي المتميز بقلة أو نقص النشاط ، واتفاقاً مع نظام التنشيط السلوكي (BAS) المفرط للنشاط ، نجد أن الأطفـــال ذوى مشكلات المسلك يظهرون استجابة متزايدة للإثابات (فريك وآخـــرون Frick et al. ، ٢٠٠٣) .

والصغار الذين لديهم اضطراب المسلك ويظهرون بداية مبكرة لحدوث أعراض مرضية عدوانية يظهرون أيضاً إثارة فسيولوجية نفسية (أو إثـــارة قشرية أو مخية) منخفضة ، وتفاعل ذاتي أو تلقائي مـــنخفض ، والإثـــارة المنخفضة ، والتفاعل الذاتي المنخفض ربما يؤديان إلى تعلـــم الإحجـــام أو التجنب استجابة أو رداً على التحذيرات أو التوبيخات ، أو اســـتجابة رديئـــة للعقاب ، وهذا بدوره قد يؤدى إلى السلوك المعادى أو المنـــافي للأعـــراف والقواعد السائدة في المجتمع (رايني Raine ، ٢٠٠٢ أ) ومعظم الأطفـــال يستجيبون للتأديب والعقاب بتقليل سلوكهم الذي لا يتفق مع القواعد والأعراف والمعايير السائدة في المجتمع ، وفي بعض الأحيان يحدث العكس كما فـــي حالة الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك ، فعندما يتم تأديبهم أو عقـــابهم يزيدون من سلوكهم المعادى للمجتمع بل ويصبحون أكثر تحدياً ومعارضة .

ويرى ماش وولف Mash & Wolfe (٢٠٠٧) أنه توجـــد عوامـــل أخرى توحي بدور العوامل البيولوجية العصبية في حدوث مشكلات المسلك منها :

- وجود معدلات أعلى إلى حد ما للعوامل الإنمائية العصبية مثل مضاعفات الولادة Neuro Birth Complications Factors Developmental وإصابات الرأس لدى الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك .
- وجود أوجه عجز نفس عصبية Neuropsychological Deficits كما توحي بذلك نسبة الذكاء اللفظي المتدنية في الاستدلال اللفظي والوظائف التنفيذية لدى الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك .
- النتائج المستمدة من الدراسات النفسعصبية ، والدراسات العصبية ، وتصوير المخ تقترح أن أوجه العجز التركيبي والوظيفي لقشرة الفص الجبهي للمخ ترتبط بالسلوك المعادى للمجتمع .
- النتائج المتعلقة بالعلاقة بين هرمون الذكورة (التيستوستيرون) Testosterone والعدوان غير متسقة ؛ حيث إن مستويات هرمون الذكورة ترتبط بدرجة كبيرة بالأشكال التفاعلية للعدوان عما في حالة العدوان غير المثير للغضب أو الاستفزاز .

ويرى راني Raine (٢٠٠٢ب) أن المستويات المنخفضة للإثارة القشرية أو المخية ، والتفاعل التلقائي أو الذاتي لهمل دوراً رئيسياً في حدوث السلوك المعادى للمجتمع ، وعلى وجه الخصوص بالنسبة لمشكلات المسلك ذات الحدوث المبكر والمستمرة مع استمرار حياة الفرد ، وكثير من التأثيرات الخاصة بالغدد الصماء والتأثيرات الفسيولوجية النفسية تم تضمينها في حدوث السلوك المعادى للمجتمع ، ومع ذلك ، فهناك دليل قوى على أن التفاعل بين هذه المخاطر البيولوجية العصبية والظروف البيئية السلبية هو الذي يؤدى إلى حدوث واستمرار السلوك المعادى للمجتمع .

١١- العوامل المعرفية الاجتماعية :

تم النظر إلى الارتباطات بين تفكير الأطفال وبين سلوكهم العدواني وذلك بعدة طرق ، وبعض هذه الطرق ركزت على أشكال غير ناضجة من التفكير مثل التمركز حول الذات Ego - Centrism ونقص تناول المنظور الاجتماعي ، وهناك طرق أخرى ركزت على النقائص المعرفية مثل فشل الطفل في تنظيم السلوك أو التشوهات المعرفية مثل تفسير حدث محايد أو حيادي على أنه عمل عدواني تم عن قصد ، وقدم دودج وبيتيت Dodge & Pettit (٢٠٠٣) نموذجاً معرفياً اجتماعياً شاملاً لتفسير السلوك العدواني والسلوك المعادى للمجتمع عند الأطفال ، وفي هذا النموذج تقدم العمليات الانفعالية والمعرفية دوراً رئيسياً ، فالأطفال يفترض أنهم يطوروا معرفة اجتماعية عن عالمهم تقوم على مجموعة فريدة من نوعها أو لا نظير لها من الاستعدادات المسبقة والتجارب الحياتية والسياقات الثقافية الاجتماعية ، وفي مواقف اجتماعية معينة يستخدم الأطفال بعد ذلك هذه المعرفة الاجتماعية لترشيد تشغيلهم للمعلومات الاجتماعية بطرق من شأنها أن تؤدى مباشرة إلى سلوكيات معينة ، فمثلاً عندما يغيظهم أو يضايقهم شخص في فناء المدرسة ، وهذا الشخص يكون من بين أقرانهم أو زملائهم ، فهل يضحك هذا الطفل مع الحشد الواقف بين الزملاء ويمضى بعيداً عنهم أو يرد عليهم بعدوانية ؟ ، فمن المفترض أن تحدث مجموعة من العمليات الانفعالية ، ونوع من التفكير وذلك بين المثير الاجتماعي المتعلق بالإغاظة وبين رد فعل الطفل ، فتفكير وسلوك الأطفال العدوانيين أو الذين يتصرفون تصرفات لا تتفق مع الأعراف والقواعد السائدة في المجتمع أو في المواقف الاجتماعية المختلفة يتميز غالباً بأوجه عجز في خطوة أو أكثر من الخطوات التي يلخصها الجدول التالي :

جدول (٣)

خطوات تفكير وسلوك الأطفال العدوانيين في المواقف الاجتماعية المختلفة

الخطوات	الوصف
الخطوة (١) : التشفير	يستخدم الأطفال العدوانيون من الناحية الاجتماعية مفاتيح أو دلالات بسيطة قبل اتخاذ أي قرار ، وعندما يحددون ويتخذون قراراً لموقف بينشخصى فإنهم يبحثون عن معلومات تتعلق بالحدث قبل التصرف .
الخطوة (٢) : التفسير	ينسب الأطفال العدوانيون النوايا العدوانية لأحداث مبهمة أو غامضة .
الخطوة (٣) : البحث عن الاستجابة	ينتج الأطفال العدوانيون من الناحية الاجتماعية استجابات قليلة ، ولكنها عدوانية بدرجة كبيرة ، ويكون لديهم معرفة أقل عن حل المشكلات الاجتماعية .
الخطوة (٤) : قرار الاستجابة	يكون لدى الأطفال العدوانيون من الناحية الاجتماعية احتمال أكبر أن يختاروا حلولاً عدوانية .
الخطوة (٥) : تمثيل الأدوار	يستخدم الأطفال العدوانيون من الناحية الاجتماعية اتصالات لفظية رديئة ويعتمدون على القوة الجسدية .

١٢- العوامل الأسرية :

يمكن اعتبار الكثير من العوامل الأسرية أسباباً محتملة لحدوث السلوك المعادى للمجتمع عند الأطفال ، وتتضمن هذه العوامل الممارسات التأديبية الرديئة ، والتأديب القاسي ، وقلة الإشراف من جانب الوالدين ، وقلة الحب أو الود ، والخلافات بين الزوجين أو الوالدين ، والعزلة الأسرية ، والعنف المنزلي (شيني Cheny ، ٢٠٠٧) ، وعلى الرغم من أن الارتباط بين

العوامل الأسرية ، ومشكلات المسلك واضح بدرجة كبيرة إلا أن طبيعة هذا الارتباط والدور السببي الممكن للعوامل الأسرية محل جدل ونقاش مستمر .

وترتبط المشكلات الأسرية بحدوث اضطراب المسلك ، واضطراب العناد والتحدي مع وجود ارتباط أقوى في حالة اضطراب المسلك بالنسبة للأطفال الذين ينتمون للمسار المستمر مدى الحياة (LCP) ، مقابل المسار المحدد بمرحلة المراهقة (AL) (لاهي وآخرون .Lahey et al ، ٢٠٠٢) وهناك تركيبة لعوامل المخاطرة الفردية للطفل تتمثل في الطبع الحاد أو الصعب ، وأوجه العجز الشديدة لمهارات الأسرة في الإدارة أو التعامل ، وهذه التركيبة تفسر الأشكال المستمرة والحادة للسلوك المعادى للمجتمع .

وترتبط العوامل الأسرية بالسلوك المعادى للمجتمع عند الأطفال بطرق معقدة ، ويتم فهم هذه العوامل بالنظر إلى العوامل الموجودة في البيئة وفي الطفل ، فعلى سبيل المثال فإن الإساءة الجسدية تعتبر عامل مخاطرة قوى بالنسبة لحدوث السلوك العدواني فيما بعد ، وأحد الأسباب المؤيدة لهذا الارتباط بين العوامل هو أوجه العجز في تشغيل المعلومات الاجتماعية عند الطفل والتي تنتج من الإساءة الجسمية ، وكما رأينا فإن النمط الوراثي للطفل يمكن أيضاً أن يتوسط العلاقة بين سوء المعاملة الوالدية وبين السلوك المعادى للمجتمع فيما بعد (كاسبى وآخرون .Caspi et al ، ٢٠٠٢) .

وتتأثر الخلافات بين الزوجين بالعديد من العوامل التي تتضمن عدم تواجد الوالدين ، واستخدام التأديب القاسي (العنيف) ، والمراقبة المتراخية ، وكيفية تفسير الطفل للنزاع بين الوالدين ، والعوامل الفردية والديموجرافية أو السكانية ، والظروف الأخرى المرتبطة بالخلاف أو النزاع الأسرى أو الطلاق مثل الضغوط النفسية ، والاكتئاب ، وفقدان الاتصال بأحد الوالدين ،

والصعوبات المالية ، كل ذلك يساهم في حدوث السلوك الذي لا يتفـق مـع الأعراف والقيم السائدة في المجتمع (كيـومنجز ودافـيس & Cummings Davies ، ٢٠٠٢) ويمكن أن يُحدث السلوك العدواني والقاسي ردود أفعال قوية كالغضب والاستجابة القاسية بشكل واضـح ، والمفهـوم الهـام لفهـم التأثيرات الأسرية على السلوك المعادى للمجتمـع هـو التـأثير التبـادلي Reciprocal Influence بمعنى أن سلوك الطفل يتأثر بسلوك الآخرين ويؤثر في سلوك الآخرين ، فالممارسات الوالدية السلبية تؤدى إلى حدوث السـلوك المعادى للمجتمع ، ولكنها قد تكون أيضاً رد فعـل للسـلوكيات العدوانيـة والمتسمة بالمعارضة من جانب أطفالهم ، ومن الأمور الهامة أن الاتصـال بالأب الغائب عقب المشكلات الزوجية أو انفصال الزوجين يمكن أن يكـون عامل مخاطرة أو عامل حماية أو عامل وقائي للسلوك المعـادى للمجتمـع استناداً إلى ما إذا كان الأب ذو سلوك معادى للمجتمع أم لا (جافي وآخرون Jaffee et al. ، ٢٠٠٣) .

ويتجاوب أمهات الأطفال اللاتي لديهن اضطراب المسلك بطرقة أكثر سلبية مع أبنائهن ، وهذا يوحى بأن التفاعلات السلبية مع أبنائهن لها تـأثير شديد ، ويعتبر التأثير التبادلي طريقة مفيدة للتفكير في التفاعل بين التأثيرات الأسرية والسلوك المعادى للمجتمع خلال مسار النمو ، ومـع ذلـك تـرتبط بعض جوانب البيئة الأسرية بالسلوك المعادى للمجتمـع نتيجـة الاسـتعداد الوراثي المشترك الذي يؤدى إلى أن يقوم الوالدين والطفل بإظهار أو عرض أنماط لسلوك مشابه (ماش وولف Mash & Wolfe ، ٢٠٠٧) .

نظرية القهر أو القسر Coercion Theory

تؤكد نظرية القهر أو الإجبار لجيرالد باتيرسون Patterson علـى أن

التفاعلات بين الوالدين والطفل تقدم مساحة للتدريب على حـدوث وتطـور السلوك المعادى للمجتمع ، ويحدث ذلك من خلال تتابع مكـون مـن أربـع خطوات ، ويتعلق بالاشتراط الهروبي أو التجنبي Escope Conditioning ، ويتعلم فيه الطفل أن يستخدم أشكالاً مكثفة بدرجة متزايدة من السلوك الهـدام أو الضار ليتهرب من أو يتجنب المطالب الوالدية غير المرغـوب فيهـا ، والتفاعل القهري أو القسرى بين الطفل والوالدين يبدأ عندما تجد الأم ابنهـا يشاهد التليفزيون بدلاً من أداء الواجب المدرسي ، وتتألف التفاعلات القهرية بين الوالدين والطفل من أعمال يتم ممارستها جيداً ، والتي قد تحـدث مـع وجود قليل من الوعي أو الدراية ، وهذه العملية تسمى مصيدة أو فخ التعزيز Reinforcement Trap ، وذلك لأنه مع مرور الوقت يصبح كـل أعضـاء الأسرة محبوسين بنتائج أو عواقب سلوكياتهم ، فعلى سبيل المثـال نجـد أن أمهات الأطفال ذوى السلوك المعادى للمجتمع أقل احتمالاً بواقع ثمان مرات في أن ينفذن ويؤكدن على المطالب عما هو الحال أو الوضع عنـد أمهـات الأطفال الذين لا يوجد لـديهن مشـكلات سـلوكية (باترسـون وآخـرون Patterson et al. ، ١٩٩٢) .

وتتأثر العلاقة بين الرعاية الوالدية أو الأسلوب الذي يتبعه الوالدين في التربية وبين مشكلات المسلك بالسمات القاسية وغير الانفعالية أو الباردة لدى الطفل Callous - Unemotional Traits (CU) ، فالأسلوب الوالدي غيـر الفعال في التربية يرتبط بمشكلات المسلك ، ولكن فقط عند الأطفـال الـذين تكون سماتهم القاسية وغير الانفعالية منخفضة (ووتون وآخرون Wootton et al. ، ١٩٩٧) .

ويظهر الأطفال الذين لديهم أسلوب بينشخصي غير انفعالي (بـارد)

وقاسى (CU) Callous - Unemotional Traits مشكلات دالة في المسلك بصرف النظر عن الأسلوب الوالدي الذي يتلقوه ، وتتأثر العلاقة بين الضبط الوالدي ومشكلات المسلك بمقدار الضبط ، فالضبط أو التهذيب الكثير جداً جداً والتهذيب أو الضبط القليل جداً جداً لكلاهما آثار عكسية ، فالعلاقة بين الضبط الوالدي والسلوك المضاد للمجتمع قد تتأثر أيضاً بالخلفية الثقافية للأسرة ، والمناخ الانفعالي الذي يستخدم فيه الضبط أو التهذيب ، وجنس أو نوع الوالد (سواء الوالد أو الوالدة) ، وجنس أو نوع الطفل ، فعلى سبيل المثال قد يكون التهذيب فعالاً تماماً في نفس النوع بين الوالد والطفل أي تأديب الفتيات من جانب أمهاتهن ، وتأديب الأبناء من جانب أبائهم (ديتر- ديكارد ودودج Deater-Deckard & Dodge ، ١٩٩٧) .

التفاعل القهري أو القسرى بين الوالدين والطفل :

يرى باترسون وآخرون Patterson et al. (١٩٩٢) أن الاشتراط الهروبي أو التجنبي Escape Conditioning يتضمن أربع خطوات يوضحها المثال التالي :

الخطوة رقم (١) : تقوم والدة الطفل برفع صوتها وتوبيخ ابنها قائلة له : لماذا تجلس أمام التليفزيون والمفروض أن تقوم بأداء الواجب المدرسي .

الخطوة رقم (٢) : يعض الطفل على أسنانه قائلاً : إن المدرسة مملة والمعلمين في مدرستي أغبياء ، وليس عندي أي واجب مدرسي أعمله (ومجادلة الطفل لوالدته لها تأثير فوري يدل على عقابه لوالدته لتوبيخه وبمرور الوقت ربما تقلل من جهودها في عمل أي شيء حيال واجبه ومشكلاته المدرسية) .

الخطورة رقم (٣) : تسحب الأم طلبها بشأن تكملة الواجب ، وتسمح لنفسها أن تكون راضية بأنه ليس لديه أي واجب مدرسي يقوم بعمله ، وتخفض من صوتها وتقول : هل السيدة " س" مازالت تحث التلاميذ على النوم في حصتها من خلال طريقتها المملة في الشرح لمقرر اللغة الإنجليزية ؟ وانسحاب أو تراجع الأم عن طلبها من ابنها لعمل الواجب المدرسي من شأنه أن يعزز بطريقة سلبية جدل الابن ويزيد من الفرص بأنه في المرة القادمة إذا أثارت الأم موضوع الواجب المنزلي أو المدرسي فسوف يتجادل معها ، ومع مرور الوقت فمن المحتمل أيضاً أن الطفل سيزيد من حجم تفاعلاته السلبية بالصياح وإلقاء أو رمى الأشياء .

الخطوة رقم (٤) : بمجرد أن تتراجع الأم عن طلبها ، يتوقف الابن عن المجادلة ، ويشترك في سلوك محايد أو سلوك إيجابي ويقول لأمه : إنك متأكدة تماماً من أن مدرسة اللغة الإنجليزية من الصعب أن يظل الفرد يقظاً أو مفتوح العينين (منتبهاً) في حصتها ، وعندما يوقف الابن سلوكه الهدام فإنه يعزز بطريقة سلبية سلوك والدته بأن تستسلم ، وبأنها لن تفعل ذلك مرة أخرى استجابة لمجادلته واعتراضاته .

نظريات التعلق أو الحب Attachment Theories

تؤكد نظريات التعلق أو الحب على أن نوعية تعلق الأطفال بوالديهم تحدد التعرف النهائي من جانبهم على قيم ومعتقدات ومعايير الوالدين ، وحتى إذا امتثلوا لطلبات والديهم فإنهم يفعلون ذلك بسبب التهديدات التي يتم إدراكها والمتعلقة بحريتهم أو سلامتهم الجسدية ، وفي حالة عدم تواجد هذه التهديدات مثلاً عندما لا يكون هناك إشراف على الطفل فمن المحتمل أن يحدث السلوك المضاد للمجتمع ، ويؤدى الارتباط الضعيف مع الوالدين إلى

أن يرتبط الطفل بالأقران المنحرفين ، وهذا بدوره يـؤدى إلـى الانحـراف وسوء استخدام المادة (إليوت وآخرون .Elliott et al ، ١٩٨٩) .

وتؤيد نتائج البحوث وجود علاقة بين التعليقات غير الآمنة والسـلوك المعادى للمجتمع وذلك خلال مرحلة الطفولة ومرحلة المراهقة ، ومع ذلك لا يتضح ما إذا كانت نوعية التعلق في حد ذاتها يمكن أن تنبئ بالتغير أو التباين الحالي أو المستقبلي في حدة أو شدة مشكلات المسلك ، ومـن المحتمـل أن العلاقة بين التعلق أو الحب والسلوك المعادى للمجتمع تتـأثر بكثيـر مـن العوامل بما في ذلك نوع أو جنس الطفل والمزاج أو الطبـع ، وممارسـات الإدارة الأسرية (بورجس وآخرون .Burgess et al ، ٢٠٠٣) .

١٣- الضغوط النفسية وعدم الاستقرار الأسرى :

تتميز أسر الأطفال الذين لديهم مشكلات سلوكية بتركيب أسرى غيـر مستقر مع وجود تغيرات أو تحولات متكررة في محل الإقامة ، ويرتبط عدم الاستقرار الأسرى بالمخاطرة الزائدة عند الطفل من جراء حدوث السـلوك المضاد للمجتمع ، والمشكلات الدراسية ، والقلق ، والاكتئاب ، والارتبـاط بالأقران المنحرفين ، وفي معظم الحالات فإن تأثير السلوك المضاد للمجتمع عند الطفل يرتبط بالخلافات الأسرية والتفكك الأسرى الذي يصاحبه ، وفـي بعض الحالات يساهم السلوك المضاد للمجتمع عند الطفل في عدم الاستقرار الأسرى عن طريق زيادة فرص الطلاق ، كما يرتبط التوتر الأسرى الشديد بالسلوك السلبي للطفل في البيت ، وربما يكون سبباً ونتيجة أيضـاً للسـلوك المعادى للمجتمع (وايت White ، ٢٠٠٦) .

وترتبط البطالة ، والحالة الاجتماعية الاقتصادية المتدنية ، والانتقالات المتعددة للأسرة باضطراب المسلك الذي يبدأ حدوثه في مرحلة الطفولة ، ولا

ترتبط باضطراب المسلك الذي يبدأ فـي مرحلـة المراهقـة ، ومـن بـين المنغصات الأسرية يعتبر الفقر أحد المنبئات القوية جداً لاضطراب المسلك ، والمعدلات العالية للجريمة (باجاني وآخـرون .Pagani et al ، ١٩٩٩) ، وتؤثر الضغوط النفسية على ممارسات الإدارة الأسرية وعلى قدرة الوالدين على أن يكونوا مساندين لأطفالهم .

وتحدث الميول العدوانية والمعادية للمجتمع في الأسر داخـل وعبـر الأجيال ، فيكون لدى أهل الأطفال المعادين للمجتمع معدلات مرتفعـة فـي مرات القبض عليهم من جانب الشرطة بسبب انتهاكـاتهم لقواعـد المـرور وسحب الرخص منهم ، وسوء استخدام المادة (كابلدى وآخرون Capaldi et al. ، ٢٠٠٣أ) ، ويظهر الأفراد ذوى السلوك المعـادى للمجتمـع سـواء الوالدين أو الأهل أسلوباً هائجاً ومتفجراً من التفاعل أثناء مواجهاتهم لأطفالهم عند التأديب أو التهذيب ، وترتبط الحالة المرضية النفسـية عنـد الوالـدين كاضطراب الشخصية المعادية للمجتمع بقـوة باضـطراب المسـلك عنـد أطفالهم ، وهذه العلاقة تكون واضحة على نحو خاص بالنسبة للآباء كما في حالة العلاقة بين السلوك الإجرامي عند الوالدين ، وسوء اسـتخدام المـادة وأنماط السلوك المضاد للمجتمع عند الأطفال ، وهذا الارتباط القـوى بـين اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع عند الوالـدين و السـلوك المعـادى للمجتمع عند الطفل يكون مستقلاً عما إذا كان الأب يعيش في البيت أو على درجة من الاتصال بالطفل (رادو Radu ، ٢٠٠٩) ، وبالنسبة للأمهات فإن الشخصية المتكلفة Histrionic Personality (وهي الشخصـية العاطفيـة والدراماتيكية بشكل مفرط ، والشخصية التي تسعى إلى جـذب الانتبـاه) ، والاكتئاب أيضاً يرتبطان بالسلوك المعادى للمجتمع عند الأطفال، وذلك على الرغم من أن هذه النتائج ليست متسقة (باترسون Patterson ، ١٩٩٦) .

١٤- العوامل المجتمعية :

تتفاعل أسباب السلوك المعادى للمجتمع على مستوى الفرد والأسرة مع السياق المجتمعي والثقافي في تحديد مشكلات المسلك ، كما أن الفقر والجرائم التي تنتشر في أحياء معينة ، والتمزق الأسرى ، والتنقل المستمر للأسرة من مسكن إلى آخر ، كل ذلك يرتبط بالجريمة والانحراف عند الأفراد الصغار ، ومع ذلك فإن الميكانيزمات النوعية التي عن طريقها تؤدى هذه الظروف إلى الجريمة ليست معروفة ، وتفترض نظريات التفكك الاجتماعي أن تركيبات المجتمع تؤثر على العمليات الأسرية التي تؤثر بعد ذلك على توافق الطفل (ماش وولف Mash & Wolfe ، ٢٠٠٧) .

وترتبط العوامل السياقية العكسية (على سبيل المثال الحالة الاجتماعية الاقتصادية المتدنية) بالأسلوب الوالدي الردئ ولاسيما التأديب أو التهذيب القاسي وغير المتوافق ، والإشراف الوالدي الردئ ، وهذه العوامل بدورها ترتبط بالحدوث المبكر للسلوك المعادى للمجتمع ، والقبض المبكر من جانب الشرطة والإساءة المزمنة أثناء مرحلة المراهقة ، والدائرة المفرغة للفشل التكيفي أو التوافقي Adaptational Failure ، والضغوط النفسية ، تفرض ضغطاً مستمراً على الوالدين والطفل (كابالدى وباترسون Capaldi & Patterson ، ١٩٩٤) .

ويعتبر الفرد المعادي للمجتمع أكثر عرضة ومخاطرة للدخول في فئة العاطلين ، والمحرومين من المزايا المجتمعية ، فعلى سبيل المثال فإن الضرر الاجتماعي والانتقال المتزايد من مكان إلى آخر بغرض السكن ، وحالات الطلاق ، والنشاط الجنسي المبكر ، كل ذلك قد يؤدى إلى زيادة في عدد الأمهات اللاتي يتعرضون لمخاطرة كبرى من جراء الممارسات الوالدية المعادية للمجتمع ، وأيضاً فإن الأمهات المعاديات للمجتمع ذوى المهارات

الأقل ربما ينحرفن إلى مناطق ومدن كبرى تعزلهن عن الأهـــل والجيـــران وتؤدى بهن إلى أن يعشن في جو يسوده عدم الثقـــة والاتصـــال الضـــئيل ، وعندما يصبحن حوامل مرة أخرى فربما يكون لديهن ميل منخفض لخدمات الصحة العامة ، فالتغذية الرديئة ، والمخدرات قد تؤدى إلى إنجـــاب أطفـــال منخفضين في الوزن وغير مكتملين النضج ، وهذا يؤدى بدوره إلى وجـــود أطفال يصعب التعامل معهم من جانب والديهم مما يزيد من احتمال وجـــود السلوك المعادى للمجتمع وبالتالي حدوث مبكر للقبض علـــيهم مـــن جانـــب الشرطة (باترسون Patterson ، ١٩٩٦) .

١٥- منطقة الجيرة (الحي) والمدرسة :

ينتشر السلوك المعادى للمجتمع بصفة عامة بطريقة تفاوتية أو تباينيه في الأحياء الفقيرة التي تتميز بثقافة فرعية إجرامية تؤيد أو تســـاعد عمليـــة الاتجار في المخدرات ، وعملية الدعارة ، والعنف مـــن جانـــب مجموعـــة الأقران ، والعضوية في العصابات المنحرفة ، كما تتميز هذه الأحياء أيضـــاً بالمساندة الاجتماعية المتدنية ، وبالإضافة إلى ذلك فإن الأفراد الذين لـــديهم سلوك معادى للمجتمع يميلون إلى اختيار الأحياء التي بها أفراد على شاكلتهم ؛ حيث ينتقلون باستمرار من مكان إلى آخر ، وتوضـــح فـــرص الاختيـــار الاجتماعي أن الأفراد الذين ينتقلون إلى أحياء متعددة يختلفون قبل وصولهم إلى هذه الأحياء وأن الأفراد الذين يظلون أو يبقون يختلفون عن الناس الذين يغادرون أو يرحلون ، وهذا يخلق أو يولد تنظيماً لمجتمع يصغر العلاقـــات الاجتماعية المثمرة والمعايير الاجتماعية الفعالة الأمر الذي يجعل الســـلوك المعادى للمجتمـــع مســـتقراً أو ثابتـــاً (ليـــابو وريتشاردســـون Liabo & Richardson ، ٢٠٠٧) .

ونتائج سمات المجتمع على الجريمة والانحراف يتم تعزيزها بالتفكـــك

الاجتماعي الموجود في الحي والذي يتميز بالقليل من الصداقات وشبكات التعارف ، وعدم القدرة على الإشراف أو مراقبة مجموعات الأقران المراهقين ، وفي الواقع فإن التأثير الرئيسي للأهل المؤثرين أو الفعالين في الأحياء ذات المخاطرة العالية يتمثل في معارضة العضوية أو الانخراط في العصابات (تولان وآخرون .Tolan et al ، ٢٠٠٣) .

ويرتبط الالتحاق بمدرسة رديئة في الأحياء التي بها خطورة عالية بسلوك معادى للمجتمع وسلوك منحرف ، والتجربة المدرسية الموجبة يمكن أن تكون بمثابة عامل حماية أو عامل وقائي من حدوث هذه السلوكيات ، فالبيئة المدرسية الجيدة تتميز بوجود متطلبات واضحة بالنسبة لاستكمال الواجب المنزلي وتوقعات أكاديمية أو دراسية عالية ، وسياسات متسقة فيما يتعلق بالتأديب أو الانضباط ، وربما يكون التحصيل معوضاً جزئياً عن الظروف الأسرية السيئة ، وتؤدي التدخلات المنتظمة للنهوض بهذه الصفات المدرسية إلى انخفاض كبير في مشكلات المسلك لدى أطفال المدارس (ماش وولف Mash & Wolfe ، ٢٠٠٧) .

١٦- وسائل الإعلام :

تعد المشاهد التليفزيونية أو السينمائية التي تصور الهروب أو الإثارة شيء ضروري وهام لمعظم الأطفال كمنافذ لانفعالاتهم وعواطفهم ولاسيما مشاعرهم المتعلقة بالعدوان ، كما أن البرامج التي تصور بطريقة شيقة السلوك المعادى للمجتمع والجريمة والقتل تؤثر على اتجاهات الأطفال المضادة للمجتمع ، وتؤدى إلى العدوان ، والجدل المتعلق بتأثيرات الإعلام على العدوان عند الأفراد الصغار ينتشر أو يتفشى بشكل فعال اليوم ، فمن ناحية يعتقد بعض الباحثين أن العنف الذي يشاهده الأطفال في التليفزيون يؤثر بالسلب على هؤلاء الأطفال وبإمكاننا أن نقلل من جرائم القتل بإغلاق

أو فصل التيار الكهربي عن التليفزيون ، ومن ناحية أخرى يرى بعض الباحثين أن هناك دليل بسيط على وجود علاقة سببية بين العنف الذي يقدمه التليفزيون وبين السلوك العدواني عند الأطفال .

وعندما يصل الطفل إلى الصف السادس الابتدائي يكون هذا الطفل أو الطفلة قد شاهد العديد من جرائم القتل في التليفزيون ، وكذلك العديد من أعمال العنف ، ومبعث الخوف هنا أن هذه الوجبة المستمرة من العنف قد تؤدى إلى أو تجعل الأطفال يفكرون في العنف على أنه شيء عادى أو أمر طبيعي ، ويصبحون أقل إحساساً وتأثراً بمعاناة الآخرين ، ويميلون إلى تقليد هذه الأعمال العنيفة .

ويرى هيوزمان وآخرون Huesmann et al. (٢٠٠٣) أن التعرض للعنف الذي تقدمه وسائل الإعلام يمكن أن يكون :

- عامل مساعد ومترسب قصير الأجل للسلوك العدواني والعنيف .
- عامل استعدادي طويل الأجل للسلوك العدواني المكتسب عن طريق ضعف الإحساس بالعنف والتعلم بالملاحظة .

والتعرض للعنف الذي تقدمه وسائل الإعلام يعزز أو يقوي من الميول المضادة للمجتمع الموجودة من قبل عند بعض الأطفال ، فمثلاً في سلسلة الدراسات التي امتدت لعقد من الزمن ، وجد أن الأطفال ذوى اضطراب المسلك يشاهدون قدراً كبيراً نسبياً من مادة العنف ويفضلون الشخصية العدوانية ، ويعتقدون أن المحتوى الروائي يكون حقيقياً ، كما وجدت الدراسات الطويلة الأجل أن التعرض في مرحلة الطفولة وذلك فيما بين السادسة والتاسعة من العمر ، وتقمص الشخصيات العدوانية التي يشاهدونها في التليفزيون ينبئ بوجود سلوك عدواني وإجرامي خطير بعد ذلك بـ ١٥ سنة ، والارتباط بين العنف الذي يشاهده الأطفال في التليفزيون وبين العدوان

هو ارتباط لا يقبل الجدل أو لا يمكن إنكاره ، ولكن هل العنف الذي يقدمه التليفزيون يسبب العدوان ؟ وعلى الرغم من أن البحوث تقترح وجود علاقة سببية إلا أن الإجابة على هذه الأسئلة تظل صعبة ومحيرة رغم نتائج البحوث ، ولا يمكن أن يكون تأثير وسائل الإعلام وحده هو الذي يفسر أو يعلل الجزء الأكبر من السلوك المعادى للمجتمع عند الأطفال الصغار ، وتتفاعل تأثيرات وسائل الإعلام مع استعدادات الطفل ، وظروف الأسرة ، والعوامل المجتمعية ، والعوامل الثقافية في الإسهام في حدوث مشكلات المسلك ، ولكن من الواضح أنها تمثل عامل مساهمة هام يتم إغفاله أحياناً ، والتعرض للعنف الذي تقدمه وسائل الإعلام لا يستطيع أن يحول طفلاً جيد التوافق أو سوى إلى مجرم عنيف ، ومع ذلك فإن كل عنف يقدمه التليفزيون يزيد قليلاً من الاحتمال بأن الطفل سيكبر ليتصرف أو يسلك بطريقة أكثر عدوانية في موقف ما .

١٧- العوامل الثقافية :

تؤثر الفروق الثقافية في أسلوب التعبير عن السلوك العدواني ، فالتنشئة الاجتماعية للأطفال فيما يتعلق بالعدوان وجد أنها من بين إحدى المنبئات القوية جداً بالأعمال العدوانية مثل القتل والاعتداء أو الهجوم على شخص ، وتوضح الأمثلة التالية الممارسات المتعلقة بالتنشئة الاجتماعية .

- قبيلة الكابوكو **Kapauku** : الموجودة بالجزء الغربي من غينيا الجديدة New Guinea .

يبدأ صبى الكابوكو من السابعة من عمره في أن يكون تحت سيطرة الأب ، وبالتدريج ينام ويأكل مع الرجال فقط بعيداً عن أمه ، ويبدأ تدريبه لكي يكون محارباً شجاعاً وذلك عندما يشرك الأب ابنه في محاكاة القتال والمشاجرة باستخدام العصي ، وبالتدريج تصبح المشاجرات أو القتال أكثر

حدة ، ومن الممكن أن يكون قتالاً مميتاً ، وذلك عندما يقوم الأب والابن بإطلاق أسهم الحرب الحقيقية على بعضهما البعض ، كما يشاهد ويشارك مجموعات من الصبية لعبة الرماية على هدف معين ، وأيضاً يقومون بلعبة يضربون بعضهم البعض على الرؤوس باستخدام العصي (إيمبر وإيمبر Ember & Ember ، ١٩٩٤) .

- قبائل الليبشا **Lepcha** في جبال الهيمالايا بالهند :

أفراد هذه القبائل يكونون واضحين بشأن ما يتوقعونه من أطفالهم ، فيرون أن الأطفال الطيبين هم الأطفال الذي يساعدون في العمل ، ويقولون الصدق ، ويستمعون لتعاليم الكبار ، ويساعدون الكبار في السن (المسنين) ويكونون مسالمين ، أما الأطفال الأشرار فيتشاجرون ، ويشتمون الناس ، ويكذبون ، ويشهرون سكاكينهم بغضب عندما يوبخهم أو يؤنبهم أحد ولا يقومون بنصيبهم في العمل (إيمبر وإيمبر Ember & Ember ، ١٩٩٤) .

وتختلف معدلات السلوك المعادى للمجتمع بدرجة كبيرة عبر الثقافات وليست بالضرورة أن لها علاقة بالمكاسب أو المزايا التكنولوجية أو الثروة المادية أو الكثافة السكانية ، فعلى سبيل المثال فإن بعض دول العالم الثالث التي تضع قيمة للتكافل تتميز بوجود معدلات عالية في السلوك الاجتماعي الجيد والذي يعمل في صالح المجتمع ، وبعض الأماكن ذات الكثافة السكانية العالية مثل سنغافورة بها معدلات منخفضة جداً في العنف ، وتعد الولايات المتحدة الأمريكية من أكبر الدول حتى الآن التي بها عنف أكبر مما هو موجود في جميع الدول الصناعية الأخرى ؛ حيث تبلغ معدلات القتل رقماً عالياً يفوق بكثير جداً المعدلات الموجودة في قارة أوربا (ليابو وريتشاردسون Liabo & Richardson ، ٢٠٠٧) .

إننا نعيش في ثقافة تعتبر متساهلة تجاه العنف ، إننا نعيش في سياق يمجد فيه البلطجية الذين يقتلون ويدمرون ويشوهون البشر أو يبترون أعضاء جسدهم ، إننا لا نعانى أو لا نقاسى من العنف العنصري ، إننا نعاني من العنف الثقافي الذي يتمثل في فزع أو رعب الناس الذين تتم إصابتهم عن عمد أو محاولة قتلهم أو قتلهم فعلاً بسبب انتمائهم لجماعة معينة ، وهو أمر أو وضع يلازمنا كل يوم ، وحالات القتل داخل العائلات ، والعنف داخل المدارس والاعتداءات على الأفراد الذين ينضمون إلى دين معين أو يتبعونه جماعة عرقية معينة ، كل ذلك أمور تطالعنا بها عناوين الأخبار بصفة يومية ، وترتبط حالة الأقليات بالسلوك المعادى للمجتمع في الولايات المتحدة الأمريكية مع وجود معدلات مرتفعة للسلوك المعادى للمجتمع عند الأمريكيين من أصل أفريقي ، والأمريكيين من أصل أسباني ، والشباب الأمريكي الأصلي ، ومع ذلك فإن دراسات العينات القومية أوضحت أنه لا توجد فروق أو هناك فروق صغيرة جداً في السلوك المعادى للمجتمع فيما يتعلق بالأصل أو الخلفية العرقية ، وذلك عندما يتم النظر إلى الحالة الاجتماعية الاقتصادية ، والجنس أو النوع والعمر الزمني (ماش وولف Mash & Wolfe ، ٢٠٠٧) .

خلاصة القول فإن السمات التركيبية لأي مجتمع تقدم خلفية أو أرضية صالحة أو ملائمة لظهور مشكلات المسلك وذلك بأن تكون باعثاً على أو سبباً في أن تكون ظروف المجتمع مدخلاً لتبنى معايير اجتماعية ، وحدوث علاقات اجتماعية مثمرة ، كما أن المدرسة والحي أو المنطقة السكنية ، وتأثيرات وسائل الإعلام كل ذلك من عوامل المخاطرة المحتملة لحدوث السلوك المعادى للمجتمع ، هذا بالإضافة إلى العوامل الثقافية مثل حالة مجموعة الأقليات والخلفية العرقية .

١٨ - العوامل البيولوجية **Biological Factors**

شهدت السنوات الأخيرة زيادة كبيرة في التحيز للعوامل البيولوجية العصبية Neurobiological ودورها في نشوء الاضطرابات النفسية بما فيها اضطراب المسلك ، ولقد تم الاعتراف منذ فترة طويلة بأن اضطراب المسلك يحدث في الأسر أو العائلات نتيجة لتأثير الجينات المشتركة ، وكذلك نتيجة لتأثير العوامل البيئية ، ويرى ديتر - ديكارد Deater - Deckard (٢٠٠٠) أن هناك عدد من الجينات تشترك في التعبير عن أوجه سلوك معينة ، وأن هناك تركيبات مختلفة من الجينات والعوامل البيئية تؤدى إلى التعبير عن السلوك المشين أو المضطرب ، وكثير من أوجه السلوك التي يتم رؤيتها في اضطراب المسلك ترجع في الأصل إلى قصور في الفصوص الأمامية للمخ ، وتحدد الموصلات العصبية Neurotransmitters نشاط المخ فالموصلات العصبية والنشاط البيوكيميائى للمخ (كهرمونات النورأدرينالين Noradrenalin والسيروتونين Serotonin) يعكس حدوث اختلال في الكف والإثارة ، وعلى وجه العموم توحي نتائج العديد من الدراسات أن نقص أو انخفاض السيروتونين يرتبط بالعدوان وجوانب أخرى من السلوكيات المميزة لاضطراب المسلك .

و يكون لدي الأطفال الذين يعانون من اضطراب المسلك أشكال لوظيفة تنفيذية Executive Function ومعرفية عصبية Neurocognitive شاذة ، ولكن هذا هو الحال أيضاً مع الأطفال الصغار الذين يعانون من اضطرابات أخرى ، وهنا نجد من جديد أن العلاقة ربما تكون بين سلوكيات معينة وعمليات نفسية أو سيكولوجية عصبية معينة (سيجيون وآخرون Seguin et al. ، ١٩٩٩) :

وهناك أيضاً دليل على أن المعرفة الاجتماعية Social Cognition

لدى الأطفال الذين لديهم سلوك مشين تكون ضعيفة ، وعلى نحو خاص فإن الأولاد العدوانيين يميلون إلى فهم نوايا الآخرين على أنها نوايا عدوانية ، وبصفة عامة فإن الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك تكون مشاركتهم الوجدانية Empathy متدنية ، ويخطئون قراءة الدلائل الاجتماعية Social Cues أو التلميحات الاجتماعية (بارتون Barton ، ٢٠٠٣) .

ويرى آلان كازدين (٢٠٠٠) أن المشكلات وأوجه القصور العصبية التي تحدث مبكراً في حياة الفرد تضعه في مأزق وتعتبر بمثابة عامل مساعد بالنسبة له لحدوث مشكلات سلوكية تالية وحدوث الجنوح ، وعدم التقيد او الالتزام بالقانون ، ومن الجدير بالذكر أن أوجه القصور في الوظائف المختلفة المرتبطة باللغة مثل التعلم اللفظي ، والطلاقة اللغوية ، ونسبة الذكاء اللفظي ، أو أوجه القصور المرتبطة بالذاكرة ، والتآزر الحركي ، وتكامل الإشارات السمعية والبصرية ، والوظائف الإجرائية التنفيذية مثل التفكير المجرد ، وتكوين المفاهيم ، والتخطيط ، والتحكم في الانتباه تعد من العوامل التي يمكن من خلالها التنبؤ باضطراب المسلك ، كذلك فإن أي اختلال عصبي يعكس الأثر الذي تسببه المؤثرات الأخرى على سلوك الطفل كالتعرض على سبيل المثال قبل الولادة أو بعدها لمواد سامة ناتجة مثلاً عن إساءة استخدام العقاقير من جانب الأم ، والتغذية غير السليمة للأم ، والتعرض لرابع إيثيل الرصاص ... إلخ ، وتتمثل أهم الأمور التي يجب أن نضعها في الاعتبار أن اختلال الأداء الوظيفي النفس عصبي الذي يحدث في وقت مبكر من الحياة يمكن من خلاله التنبؤ باضطراب المسلك اللاحق أي الذي يحدث في مرحلتي المراهقة والرشد .

١٩- المزاج أو الطبع Temperament

يرى آلان كازدين (٢٠٠٠) أن المزاج يشير إلى الجوانب السائدة في

الشخصية والتي تظهر بعض الثبات أو الاتساق عبر المواقف المختلفة وعبر الزمن ، وأساس تلك السمات يكون وراثياً ، وترتكز الفروق التي يمكن تحديدها بين الأطفال في المزاج على بعض السمات مثل : مستويات النشاط ، والاستجابات الانفعالية ، ونوعية الطباع ، والقابلية للتكيف أو التوافق الاجتماعي ، والسلاسة والصعوبة في التعامل Easy to Difficult فالأطفال الذين يتسمون بالسلاسة Easy Children يتسمون بالطبع الإيجابي ، والتوجه نحو المثيرات الجديدة ، وانخفاض مستوى الحدة في ردود أفعالهم للمثيرات الجديدة ، في حين أن الأطفال الذين يتسمون بصعوبة التعامل معهم Difficult Children يبدون أنماطاً عكسية لتلك السمات التي ذكرناها ويكون من المحتمل بالنسبة لهم أن يظهروا مشكلات سلوكية بشكل متزامن أو تتطور لديهم هذه المشكلات فيما بعد .

والارتباط بين الطبع أو الحالة المزاجية للطفل والسلوك المشين Disruptive Behavior على درجة كبيرة من الأهمية ، والأطفال ذوى الطباع الصعبة يكونون في مخاطرة من جراء حدوث مشكلات سلوكية لديهم فيما بعد ، فالطفل الصعب من الناحية المزاجية ربما تتولد لديه أساليب سلبية في تقديم الرعاية في حالة وجوده مع أب أو أم يتسم سلوكهما بالقهر ، فالمعروف أنه توجد علاقة أو ارتباط قوى بين التفاعل السلبي والعداء بين الأم والطفل وبين السلوك المضطرب أو المشين .

٢٠- العوامل البيئية Environmental Factors

أوضحت نتائج العديد من الدراسات وجود ارتباط بين الأسلوب الوالدي في التربية وبين السلوك المشين أو الفوضوي ، فالأساليب التي تعتمد على السيطرة على سلوك الطفل تعد من المصادر التي تثير المشكلات بين والدي

المراهقين الذين تصدر عنهم سلوكيات مضادة للمجتمع ، كما أن التساهل الزائد من جانب أحد الوالدين أو كليهما ، وعدم اتساق الأسلوب الوالدي في التنشئة من جانب أحد الوالدين أو كليهما يرتبط بجناح الأبناء أو يعد مسئولاً عن حدوث اضطراب المسلك فعلى سبيل المثال نجد أن التساهل من جانب الأم والقسوة من جانب الأب من العوامل المسئولة عن حدوث اضطراب المسلك فيما بعد ، بينما يقل احتمال حدوث ذلك بين الأبناء عندما يكون هناك اتساق في الأسلوب الوالدي في التنشئة ، وهذا يدعم الافتراض الرئيسي الذي يقضى بأن الأسلوب الوالدي الردئ يسبب السلوك المشين أو المضطرب .

ونظراً لأن العلاقة بين الوالدين والطفل تعد علاقة دينامية وتفاعلية ، فإن الحالة المرضية النفسية للوالدين ، ونظام التأديب الفظ أو القاسي والمتضارب ودرجة اشتراك الوالدين والإساءة للطفل كل ذلك له علاقة بالسلوك المضطرب أو المشين لدى الأبناء (بارتون Barton ، ٢٠٠٣) .

ودور الأسلوب أو التربية الوالدية يعتبر هام أيضاً على ضوء الفرص التي تقدمها للتدخلات العلاجية ، فاضطراب المسلك يرتبط بالحالة الاجتماعية الاقتصادية المتدنية ، وتفكك الأسرة ، وتوافر المخدرات ، والمعدلات العالية للجريمة ، وهذا يوحى بأن التدخل لتوفير الدعم أو المساعدة الاجتماعية الاقتصادية للأسر والمجتمعات يكون أمراً هاماً .

ويرى آلان كازدين (٢٠٠٠) أن نوعية العلاقات الأسرية أيضاً تعد هي الأخرى من العوامل المساعدة لحدوث اضطراب المسلك ، فوالدو المراهقين الذين تصدر عنهم سلوكيات مضادة للمجتمع قياساً بوالدي أقرانهم العاديين يعدون أقل تقبلاً لأطفالهم ، ويبدون لهم قدراً اقل من الدفء الوالدي ، والعاطفة ، والمساندة الانفعالية ، وقدراً أقل من التعلق وهذه

العوامل مجتمعه تعد مسئولة إلى حد كبير عن حدوث اضطراب المسلك .

كما أن علاقات الأقران أو الرفاق تعتبر هامة أيضاً في نشوء واستمرار اضطراب المسلك ، فالأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب يتم نبذهم باستمرار من جانب أقرانهم وهذا بدوره يرتبط بالاستجابة العدوانية ، كما أن الأطفال الذين لديهم السلوك المضطرب أو المشين يكونون أكثر احتمالاً في أن يختلطوا بأطفال آخرين لديهم مشكلات سلوكية مشينة أو مضطربة ، ومثل هذه الارتباطات ربما تزيد من الميول الموجودة من قبل أو تساعد على الاستمرار في السلوك ، وبالنسبة للبنات هناك مخاطرة متزايدة من جراء اختيارهن لشريك معادى للمجتمع مع مخاطرة الجمل أثناء المراهقة وغيرها من النتائج المترتبة على ذلك (بارتون Barton ، ٢٠٠٣) .

٢١- نقص المهارات الاجتماعية والأكاديمية :

تكون علاقات الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك بصفة عامة رديئة مع أقرانهم ، وهذا أمر لا يدهشنا نظراً للطبيعة غير الاجتماعية التي يتسم بها سلوكهم ، كما يتميز سلوكهم أيضاً بالسلبية لأنه ينقصهم وجود المهارات الاجتماعية الملائمة التي تساعدهم على التوافق مع الآخرين ، ويشمل نقص المهارات الاجتماعية لديهم جوانب عديدة تتمثل في صعوبة الانتباه ، وصعوبة الإدراك ، وبدلاً من ذلك نجدهم يستجيبون بسرعة للمواقف العصبية دون اعتبار للمفاهيم أو التلميحات الاجتماعية المتاحة ، ويبدو أيضاً أنهم لا يستوعبون التلميحات الاجتماعية التي تصدر عن الآخرين ، وبسبب ذلك فإنهم يصفون مشاعر الآخرين بطريقة غير دقيقة ، وينسبون النوايا العدوانية لهم ، ولاسيما عندما يكون الموقف غامضاً ، وهناك مشكلة أو صعوبة أخرى مرتبطة باضطراب المسلك وهي نقص المهارات الملائمة لحل المشكلات فبدلاً من استخدام الاستراتيجيات الملائمة

من الناحية الاجتماعية لحل المشكلات فإن الأطفال الذين لـــديهم اضــــطراب المسلك يتفاعلون عادة مع المصاعب أو المشكلات باســـتجابات واتجاهــات عدوانية وغير ذلك من الانتهاكات لمبادئ السلوك الاجتماعي ، على ســـبيل المثال فإنهم يستخدمون الرشوة لتحقيق هدف أو الوصول إلى هدف معين .

ويحصل الأطفال الذين يعانون من اضطراب المسلك علـــى تعزيـــز إيجابي بسيط إما من مدرسيهم أو من أقرانهم فـــي المدرســـة وذلـــك لأنـــه بالإضافة إلى وجود المهارات الاجتماعية غير الكافية فإن أدائهم المدرســـي يكون أقل من المتوقع وعلى وجه الخصوص فالصعوبات التي تواجههم أثناء القراءة (صعوبة القراءة) تتدخل إلى حد كبير في الأداء الدراسي وبعـــض هذه المشكلات الدراسية يرتبط بمشكلات أخرى في الأداء الوظيفي في المخ أو الجهـــاز العصـــبي (ساراســـون وساراســـون Sarason & Sarason ، ٢٠٠٦) .

الفصل الخامس

التدخل العلاجي

مقدمة :

يتضح مما سبق أن هناك عوامل عديدة تؤدى إلى نشوء واستمرار اضطراب المسلك ، وهذا يوحى بان التدخل العلاجي يجب أن يكون متعدد المراحل ، فهناك سلسلة من التدخلات العلاجية يتم وضعها وتتضمن العلاج الدوائي Pharmacotherapy والعلاج النفسي Psychotherapy ، والعلاجات التي تتم في المستشفيات Hospital Based Treatments ، والبرامج العلاجية الأسرية والمدرسية والمجتمعية School, Home, and Community Based Programs (كازدين Kazdin ، ٢٠٠١) ، وهناك مجموعة أخرى من برامج التدخل العلاجي مذكورة في مجموعة المؤلفات ولكن غالبية هذه البرامج لم يتم خضوعها لتقييم دقيق شامل ، وتتميز أو تتصف مجموعة المؤلفات الخاصة بالتدخل العلاجي بعدد من أوجه القصور فإحدى المشكلات الرئيسية تتعلق باختيار العينة وكيفية القياس ، وتكون الأعراض المرضية للطفل الهدف الرئيسي إلا أن هناك عوامل أخرى تكون هامة مثل العلاقات بالأقران ، والتحصيل الدراسي ، والمشكلات التي تدل على وجود حالات مرضية مشتركة أو مصاحبة ، والعوامل الأسرية ، والأداء الوظيفي للوالدين والأخوة معاً مع تقييم عام لنواحي الضعف ، وهكذا فإن هناك سلسلة واسعة من العوامل أو المتغيرات تكون ضرورية لتعريف أو تحديد مدى المصاعب التي تواجه الطفل والأسرة ، وهذا بدوره يقيس تأثير التدخل العلاجي ، وقد تكون التدخلات العلاجية فعالة على المدى القصير في خفض حدة الأعراض المرضية ، ومع وجود أوجه القصور السابقة ، تم تحديد عدد من الأساليب العلاجية التي تأتى بنتائج طيبة عند استخدامها في علاج اضطراب المسلك ومن ثم تعد هذه الأساليب واعدة وفعالة في علاج الاضطراب .

ويتسم الشباب ذوى اضطراب المسلك بشخصية غير اجتماعية ومضادة للمجتمع ، ولذا يجب إيجاد الطرق الفعالة لعلاجهم وصرفهم عن ارتكاب الأعمال العنيفة والمعادية للمجتمع ، ومعظم هؤلاء الشباب المتحجر أو القاسي الفؤاد ينخرط في عالم الجريمة ، وقد يحبس في السجون بين الحين والآخر ، وقد يرتدون إلى ممارسة العنف والإجرام بعد خروجهم من السجن أو الإصلاحية ، ومن أهم المشكلات التي يواجهها المجتمع اليوم هي كيفية التعامل مع هذه الفئة المنحلة أخلاقياً والمعدومة الضمير .

وكثير من أشكال العلاج يتم تجربتها خلال حياة الأطفال الصغار الذين لديهم مشكلات حادة في المسلك ، وعادة يبدأ العلاج خلال سنوات ما قبل دخول المدرسة ، أو كما هو معتاد غالباً عندما تكون الحالة حادة أو شديدة ، وتفيد الاتصالات المستمرة مع الجهات أو المؤسسات التعليمية ، ومؤسسات الصحة النفسية ، ومؤسسات وزارة العدل في تحويل الأطفال إلى مراكز العلاج المتعددة ، وأكثر العلاجات الواعدة أو الناجحة تستخدم تركيبة من الطرائق التي يتم تطبيقها عبر المواقع الفردية والأسرية والمدرسية والمجتمعية ، وبالإضافة إلى ذلك يحتاج العلاج غالباً تناول المشكلات الأسرية التي لها علاقة بموضوع الاضطراب كالاكتئاب عند الأمهات ، والتنافر بين الزوجين ، والإساءة ، وغير ذلك من المنغصات ، وذلك إذا أردنا أن نعمم ونستمر في فوائد العلاج .

وعلاج اضطراب المسلك كان هدفاً لعدد كبير من الدراسات التي تناولت العلاج الفعال لهذا الاضطراب فعلى سبيل المثال ، فالمراجعة الحديثة للدراسات المنشورة التي تناولت العلاج والنتيجة ، والتي تركز فقط على العلاجات النفسية للأطفال والمراهقين الذين يعانون من مشكلات سلوكية قامت بتوثيق ما يقرب من مائتي دراسة تتضمن أو تشمل ما يزيد على

١٠٢٩٥ طفلاً (ماثيوس وآخرون Matthys et al. ، ٢٠٠٤) ، ومدى هذه المجموعة من المؤلفات يفوق بكثير البحوث المنشورة عن علاج معظم اضطرابات الطفولة الأخرى ، ولسوء الحظ من الممكن أن نستنتج من الجهد أو المحاولات المكثفة أن الغالبية العظمى من طرائق العلاج قد ثبت أنها غير فعالة بدرجة كبيرة ، ومن الأشياء الهامة بدرجة أكبر الدليل على أن بعض أنواع التدخل العلاجي ولاسيما الأنواع التي تتضمن التفاعلات بين مجموعة الأقران يمكن أن يكون لها تأثيراً أو نتائج وخيمة على الأطفال الذين يتم علاجهم ، فهي في الواقع تزيد من حدة أو شدة السلوك المعادى للمجتمع ، بالإضافة إلى المخاطرة بالنسبة للنتائج الحياتية السلبية كراشدين أو كبار ؛ ولهذا فإن العلاجات التي لا علم لنا بها أو التي لا يوصى بها يمكن أن تؤدى إلى مزيد من الضرر وليس بالأحرى أنها تؤدى إلى المزيد من الخير .

ويفهم معظم الناس أن الإساءة ، والخلل الأسرى ، والطرد من المدرسة ، والارتباط بالأقران الذين يتعاطون المخدرات ، والعيش في مناطق تزداد فيها الجريمة ، والإشراف الوالدي الضئيل كل ذلك يساهم في وجود مشكلات خطيرة في المسلك ، ومع ذلك فرغم هذا الاعتراف فإن هناك الكثير من العلاجات المتوفرة مثل العلاج الفردي ، والعلاج الجماعي ، ورغم نقص الفاعلية في علاج السلوكيات الخطيرة المضادة للمجتمع تتوافر برامج للإرشاد الفردي والعلاج الأسرى ، ومما يجب الإشارة إليه أن العلاجات الجماعية التي تجمع المراهقين المعادين للمجتمع معاً قد تزيد الأمور سوءاً وتعمل على تفاقم المشكلة لأن الارتباط بالأفراد الذين تجمعهم نفس الميول والرغبات تشجع غالباً على ارتكاب السلوكيات المعادية للمجتمع .

كما أن الطرق التقييدية مثل العلاج بالإقامة بمستشفيات الطب النفسي أو الحبس أو السجن كل ذلك أظهر أيضاً فعالية بسيطة ، وكان له مساوئ إضافية ، كوناً عن أنه مكلف بدرجة كبيرة جداً ، إلى جانب أن الحبس أو

السجن قد لا يكون بمثابة حماية للمجتمع وذلك لأن الشباب المحكوم عليهم بالحبس أو المحبوسين عندما يخرجون من السجن يرتكبون المزيد من الأعمال الإجرامية (هارادا وآخرون .Harada et al ، ٢٠٠٢ ب) .

وحيث إن مشكلات المسلك عند الأطفال توضح متوالية إنمائية ، وتنوع وتصعيد بمرور الوقت ؛ لذلك يجب أن يكون المعالج على دراية بموضوع أو مكان الطفل في هذا المسار ، فتختلف طرق العلاج وأهدافه بالنسبة للأطفال في مرحلة ما قبل دخول المدرسة ، والأطفال في سن دخول المدرسة ، والمراهقين ، وتختلف أيضاً طبقاً لنوع وحدة المشكلات السلوكية عند الطفل ، وبصفة عامة فكلما زاد توغل الطفل في السلوكيات المعادية للمجتمع ، كلما كان هناك حاجة أكبر لتدخلات علاجية مكثفة ، ولسوء الحظ فإن الأطفال الذين يكون سير الاضطراب لديهم سيئاً ويتم علاجهم بطريقة مثلى على أنها حالة مزمنة تشبه مرض السكري تماماً والتي لا يمكن الشفاء منها ولكن يمكن السيطرة عليها أو احتوائها من خلال التدخل العلاجي المستمر ، ومن خلال المساندة (كازدين Kazdin ، ١٩٩٥) .

ويقدم فريك Frick (٢٠٠٠) طريقة شاملة ذات شقين لعلاج مشكلات المسلك تتضمن ما يلي :

- تدخلات علاجية مستمرة لمساعدة الشباب الأكبر سناً وأسرهم على التصرف حيال المشكلات الاجتماعية والنفسية والدراسية المصاحبة لاضطراب المسلك .
- برامج للوقاية والعلاج المبكر للأطفال الذين يظهرون المشكلات السلوكية .

ويرى كازدين Kazdin (١٩٩٧أ) أن علاجات اضطراب المسلك

تكون فعالة جداً مع الأطفال الذين تقل أعمارهم عن ١٣ عاماً ؛ حيث إن أنماط السلوك الفوضوي أو المشين تصبح أكثر ثباتاً أو استقراراً بمرور العمر ، ونظراً للدور الذي تقوم به العوامل الأسرية في حدوث هذا الاضطراب ، يستخدم المعالجون غالباً التدخلات الأسرية ، وأكثر هذه الطرق نجاحاً هي :

١- الطرق التي يتم فيها تعليم الوالدين حيلاً أكثر فعالية للتعامل مع أطفالهم على سبيل المثال إثابة السلوك الملائم بطريقة متسقة .
٢- أن يلتقي الأطفال والوالدين معاً في علاج أسرى موجه للسلوك المضطرب أو المراد تعديله .

واهتمام المؤسسات للعناية بهؤلاء الأطفال فيما يسمى مراكز تدريب الأحداث Juvenile Training Centers لم يقابل بنجاح كبير (تات وآخرون Tate et al. ، ١٩٩٥) وفي الحقيقة فإن مثل هذه المؤسسات يعمل غالباً على تقوية ثقافة الانحراف بدلاً من إصلاح هؤلاء المجرمين الصغار ، فعلى الرغم من أن معدل مرات القبض المتكرر على المراهقين الذين يتم إرسالهم إلى مراكز تدريب الأحداث يختلف حسب نوع الجريمة ، ونوع العلاج فإن المعدل العام تم تقديره على أنه معدل مرتفع يصل إلى ٨٠% ، وتعتبر المراقبة المباشرة بديلاً لاستخدام المؤسسات وثبت أنها ناجحة إلى حد كبير في حالات التورط في الجرائم ذات الطبيعة الأقل جسامة أو خطورة ، وخاصة عندما يكون ضباط المراقبة يقومون بعملية الإشراف الكافي ، وعندما يكون العلاج المستمر متوافراً للفرد ، ولسوء الحظ فإن معظم ضباط المراقبة لم يتدربوا أو يتلقوا تدريباً في الصحة النفسية (إريكسون Erickson ، ١٩٩٢) .

ويرى هاوكينز وآخرون .Hawkins et al (١٩٩٢) أن مشروع

سياتل للنمو الاجتماعي The Seattle Social Development Project وهو عبارة عن دراسة عامة للوقاية ذات نطاق واسع ، وتتضمن مجموعتين للتدخل العلاجي ، التدخل العلاجي خلال ست سنوات تبدأ من الصف الأول حتى الصف السادس (تدخل علاجي كامل) ، والمجموعة الثانية تدخل علاجي مستقل (تدخل علاجي متأخر) في الصفين الخامس والسادس ، وكان هناك مجموعة ضابطة (لا يقدم تدخل علاجي لها) ، وكان التدخل العلاجي متعدد الأساليب وتضمن تدريب المعلمين على إدارة الفصل ، وتنشيط السلوك المراعى للمجتمع ، وتدريب الوالدين على ضبط سلوك الطفل ، وتمت متابعة الأطفال بعد العلاج لمدة ست سنوات ، وأوضحت النتائج أن أفراد المجموعة الأولى (مجموعة التدخل العلاجي الكامل) كانت أقل عنفاً وأقل انحرافاً من المجموعة الضابطة ، والنتائج بالنسبة للمجموعة الثانية (مجموعة التدخل العلاجي المتأخر) كانت متوسطة .

أما الوقاية والتدخل العلاجي مع المراهقين الذين لديهم السلوك المشين أو المضطرب فهما من الأمور الصعبة تماماً ؛ حيث يصعب اشتراكهم في العلاج لأن الكثيرين منهم ترسخت لديه أنماط ثابتة من السلوك المشين الذي بدأ في مرحلة مبكرة من الحياة ، ومن الأمور الغريبة أن التدخل العلاجي الذي استهدف المراهقين الذكور لم يأت بنتائج جيدة أو مثمرة ، بينما أتى بنتائج مثمرة إلى حد كبير مع المراهقات .

الطرق العلاجية المستخدمة :

فيما يلي إلقاء الضوء على الطرق العلاجية التي أتت بثمار طيبة في علاج المشكلات السلوكية وذلك بشئ من التفصيل :

أولاً : تدريب الوالد على إدارة الأسرة :

يشير تدريب الوالد على إدارة الأسرة Parent Management

(PMT) Training إلى تلك الإجراءات التي يتدرب عليها الوالـدان حتـى يتمكنا من تعديل سلوك الطفل في المنزل ، ويقوم المدرب أو المعالج بتعلـيم الوالدين استخدام إجراءات معينة حتى يقوما بتغيير تفاعلاتهما مع طفلهما مع تعزيز أو تدعيم السلوك الاجتماعي المرغوب ومن ثم يقللان مـن سـلوكه المضطرب ، ويرى باترسـون وآخـرون .Patterson et al (١٩٩٢) أن تدريب الوالد على إدارة المنزل يعتمـد علـى فكـرة مؤداهـا أن السـلوك المضطرب يتطور ويعزز في المنزل بشكل غير متعمد وذلك مـن خـلال التفاعلات اللاتوافقية بين الوالدين والطفل مثل التعزيـز المباشـر للسـلوك المنحرف ، والعقاب القاسي ، وإهمال السـلوك السوي والجيد ، ويؤكد ذلك بارتون Barton (٢٠٠٣) حيث يرى أن السـلوك المشـين للطفـل يـتم الاستمرار فيه عن طريق التفاعل السيء بين الوالدين والطفل ، ولا يفهم من ذلك أن الوالدين يُسببون المشكلات السلوكية لأطفالهم ، بل بالأحرى هنـاك تفاعل بين سلوكيات وسمات الوالدين والطفل ، ويؤدى هـذا التفاعـل إلـى التعبير عن السلوك المضطرب أو المشين .

ويهدف هذا الأسلوب العلاجي إلى زيادة أو تحسين السلوك الإيجـابي المراعى للمجتمع ، وتقليل السلوك غير الملائم والمعادى للمجتمـع ، كمـا يهدف هذا الأسلوب العلاجي أيضاً إلى تغيير نمط التفاعـل بـين الوالـدين وطفلهما حتى يتسنى تعزيز السلوك الاجتماعي للطفل وتدعيمه داخل الأسرة ، وهذا يتطلب تطوير سلوكيات الوالدين كوضع قواعـد سـلوكية للطفـل ، وإتباع أشكال معتدلة من العقاب لقمع السلوكيات غير الملائمة إلى غير ذلك من الإجراءات ، ويفترض هذا الأسلوب أن التفاعلات غيـر السـوية بـين الوالدين والطفل تعتبر مسئولة جزئياً عن إحداث واستمرار أوجـه السـلوك المعادية للمجتمع ، ويؤدى تفاعل الوالدين مع طفلهم إلى تحسـين سـلوك

الطفل ، فتدريب الوالدين على حسـن التصرف وتغييـر أسـلوبهم مـع أطفالهـم يعلم الأطفال أن يغـيروا سـلوكهم في البيت (برينكمير وآيبـرج Brinkmeyer & Eyberg ، ٢٠٠٣ ؛ ويبستر – ستراتون وريد - Webster Stratton & Reid ، ٢٠٠٣أ) وعلى الرغم من أن التغييرات القسرية يـتم رؤيتها على أنها النتيجة المشتركة لسلوك الوالدين والطفل إلا أنه من السهل تغيير هذه السلوكيات وتعديلها عن طريق تغيير سلوك الوالـدين ، ويهـدف تدريب الوالدين إلى حسن التصرف مع أطفالهم إلى تعليم الوالدين مهـارات نوعية جديدة ويشـتمل هـذا التدريب على تدريبات فردية وتدريبات جماعية في العيادة مقابل تدريبات في البيت أو استخدام مواد تدريبية حية أو مباشرة مقابل مواد تدريبية مصورة على شرائط فيديو وكلها تشترك في العديد مـن المعالم (كازدين Kazdin ، ٢٠٠٤) ، ويُعد تدريب الوالـدين علـى إدارة الأسرة إحدى الطرق الواعدة بدرجة كبيرة في علاج اضـطراب المسـلك ، ولقد عمل جيرالد وآخرون .Gerald et al لثلاثة عقود تقريباً فـي تطـوير واختبار برنامج سلوكي لتدريب الوالدين يتم فيـه تعلـيم الوالـدين تعـديل استجاباتهم أو تجاربهم وتفاعلهم مع أطفالهم حتى تتم إثابة السلوك المرغوب فيه الذي يعمل في صالح المجتمع بدلاً من السلوك غير المرغوب فيه والذي يكون معادياً للمجتمع ، ويتم أيضاً تعليم الوالدين مبادئ التعلم الاجتمـاعي ، وذلك عن طريق القراءات والدروس التوضيحية التي تعلم الوالدين اسـتخدام أساليب فنية كالتعزيز الإيجابي عندما يعرض أو يظهـر الطفـل سـلوكيات موجبة ، أو استخدام الحرمان أو الإبعـاد المؤقـت Time - Out* وفقـدان

* أسلوب علاجي يتم من خلاله إبعاد الطفل بهدف إيقافه عن الاستمرار فـي أي سـلوك غير ملائم ، وعادة ما يستغرق هذا الإبعاد فترة تتراوح من دقيقتين إلى عشر دقـائق حسب عمر الطفل ، ويترك الطفل بمفرده خلال تلك الفترة دون اهتمام مـن أحـد ، ويجب أن يكون المكان الذي يعزل فيه الطفل خالياً من أي شيء يتعامل معه الطفـل حتى لا تصبح هذه الأشياء معززاً لتكرار السلوك غير المرغوب .

المزايا بسبب السلوك العدواني والمعادى للمجتمع ، كما تضمنت الجلسات أيضاً ممارسة الأساليب الفنية أو التكنيكات المستخدمة ، ومناقشة المصاعب التي يواجهها الأهل عند تطبيقهم طرق التعامل مع الطفل ذو السلوك المعادى للمجتمع ، وتدريب الوالدين يحسن من سلوك الأخوة ويقلل من الاكتئاب عند الأمهات المشتركات في البرنامج .

وعلى الرغم من أن التدخل العلاجي الذي يركز على الوالدين هو العلاج الأمثل للأطفال ذوى اضطراب المسلك إلا أنه في بعض المواقف يكون التدخل المباشر مع الفرد المضطرب أكثر ملائمة ، فتدريب الوالدين أو أحدهما يتطلب الكثير من الوقت والجهد وقد يكون من الصعب تنفيذه في الأسر التي لديها مشكلات اجتماعية متعددة ، وفي حقيقة الأمر فقد أوضحت البحوث أن التدريب الذي يركز على الوالدين يكون أقل تأثيراً بكثير في الأسر التي حالتها الاجتماعية الاقتصادية متدنية أو بها خلافات زوجية ، أو عندما يكون هناك حالة مرضية نفسيه يعانى منها أحد الوالدين أو كلاهما .

ولقد تم وصف سلسلة واسعة من برامج تدريب الوالدين تحتوى على العديد من التركيبات أو الطرائق الفنية بما في ذلك طريقة عمل نماذج باستخدام الفيديو ، والممارسة أثناء الجلسة ، والواجب المنزلي ، والكتيبات الإرشادية ، ويتم تدريب الوالدين على أن يلاحظوا ويفسروا سلوك الطفل ، وأن يمارسوا أساليب ضبط السلوك في البيت ، وبعد ذلك يتم مراجعة هذه الأساليب مع المعالج ويتم تعديلها نتيجة لذلك ، وتختلف مدة التدخل العلاجي ولا يوجد دليل على تأثير طول فترة التدريب على النتيجة ، ويمكن إجراء هذا البرنامج العلاجي بطريقة فردية أو جماعية وفي العيادات أو في أماكن أخرى بالمجتمع فكل الأماكن تصلح لإجراء مثل هذا النوع من التدريب أو العلاج .

ويعد هذا الأسلوب العلاجي من أكثر العلاجات التي نالت قسطاً كبيراً من البحث والدراسة في علاج الأطفال والمراهقين ذوى الاضطرابات السلوكية مثل اضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدي .

ويركز برنامج تدريب الوالد على إدارة الأسرة (أو على حسن التصرف) على ما يلي :

١- تحسين نوعية التفاعل بين الوالدين والطفل (على سبيل المثال جعل الوالدين أكثر اشتراكاً في أنشطة أطفالهم وتحسين الاتصالات بين الوالدين والطفل ، وزيادة الدفء والاستجابة من جانب الوالدين .

٢- تغيير السلوك أو تعديل السلوك ؛ حيث يتم تدريب الأطفال على عرض أو إظهار السلوكيات الاجتماعية الموجبة إلى جانب إتباع القواعد والتوقعات الواضحة والصريحة .

٣- تحسين قدرة الوالدين على المراقبة والإشراف على أطفالهم .

٤- تعليم الوالدين المزيد من استراتيجيات التأديب الفعالة على سبيل المثال التأديب الأكثر توافقاً أو اتساقاً ، والطرق المتعددة للتأديب أو التهذيب .

وأوجه العجز في هذه الجوانب النوعية للأسلوب الوالدي ارتبطت بدرجة متسقة تماماً بوجود اضطراب المسلك عند الطفل ، وذلك في مجموعة كبيرة من البحوث التي اعتمدت على التدخلات العلاجية المستخدمة في علاج الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك .

وتم تطوير الكثير من الكتيبات الإرشادية التي تتضمن كيفية تنفيذ برنامج تدريب الوالدين على حسن التصرف لكي تكون مفيدة بدرجة كبيرة لمجموعات عمرية متعددة على سبيل المثال الأطفال في سن ما قبل دخول المدرسة ، والأطفال في سن دخول المدرسة ، والمراهقون ، والأطفال ذوى

الاحتياجات الخاصة ، وكذلك الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (كازدين Kazdin ، ٢٠٠٤) .

وأجريت بحوث مكثفة لمعرفة تأثير الأسلوب العلاجي على السلوك المضطرب وأسفرت نتائجها جميعاً على أن هذا الأسلوب يسفر عن تحسينات في سلوك الطفل في البيت وفي المدرسة ، ويقلل من السلوكيات التي يتسم بها اضطراب المسلك ، ويذكر أن نتائج العلاج استمرت مع وجود تحسينات غير مباشرة في نواحي أخرى مثل سلوك الأخوة ، والحالة المرضية النفسية للأم ، والرضا ألزواجي ، والترابط الأسرى (بارتون Barton ، ٢٠٠٣) .

ويرى آلان كازدين (٢٠٠٠) أنه لا يوجد أي أسلوب علاجي أو أي فنية أخرى من تلك الفنيات التي يتم من خلالها علاج الاضطرابات السلوكية نالت هذا القسط من الدراسة مثل تدريب الوالد على إدارة الأسرة ، وأوضحت نتائج الدراسات التي اعتمدت على هذا الأسلوب العلاجي أنه يعد واحداً من أكثر الأساليب العلاجية المبشرة أو الواعدة والفعالة إلا أنه مع ذلك توجد بعض أوجه القصور التي تتعلق بهذا الأسلوب العلاجي منها ما يلي :

- أن بعض الأسر قد لا تستجيب للعلاج ؛ حيث يفرض هذا الأسلوب العلاجي العديد من المطالب على الوالدين مثل فهم وإجادة استخدام الوسائل التعليمية أو المساعدة التي تنقل الأسس والدعائم الرئيسية للبرنامج ، والملاحظة المنظمة للسلوك المضطرب الذي يصدر عن الطفل، وتطبيق إجراءات معينة في المنزل ، وحضور جلسات أسبوعية ، والرد على التليفونات المتكررة من المعالج ، وتعد هذه المطالب بالنسبة لبعض الأسر كثيرة جداً ومزعجة مما لا يمكنهم من الاستمرار في العلاج .
- أن هذا الأسلوب العلاجي تم تطبيقه في الأساس على آباء الأطفال الأصغر

سناً وآباء الأطفال في مرحلة الطفولة المتأخرة (مرحلة ما قبل المراهقة) ونادراً ما تم استخدامه مع آباء المراهقين ، وعلى الرغم من فاعلية هذا الأسلوب العلاجي مع المراهقين فإن نتائجه تعد أكثر فاعلية مع الأطفال الأصغر سناً ، وربما يرجع ذلك إلى أن آباء المراهقين يكونوا أقل قابلية لتغيير أساليب معاملتهم الوالدية مع أبنائهم المراهقين ، وتزداد قابليتهم أو معدلات تسربهم من حضور جلسات العلاج .

ويعرض كازدين Kazdin (١٩٩٥) أهم المعالم الهامة لتدريب الوالدين على حسن التصرف مع أطفالهم والتي تتمثل في :

- هناك تدخل ضئيل أو لا يوجد أي تدخل مباشر للمعالج من الطفل .
- يتعلم الوالدان الإجراءات المتعلقة بتغيير التفاعلات بين الوالدين والطفل والارتقاء بالسلوك الإيجابي للطفل وتقليل السلوك المعادى للمجتمع .
- يتعلم الوالدان طرقاً جديدة لكي يحددوا ويعرفوا ويلاحظوا سلوكيات طفلهم المسببة للمشكلات .
- تشمل جلسات العلاج الاستخدام المؤثر أو الفعال للأوامر أو الطلبات ، وتحديد القواعد ، واستخدام أسلوب المدح والمكافآت الملموسة أو الرمزية لإثابة السلوك المرغوب فيه ، واستخدام عقاب معتدل مثل الحرمان من تعزيز أو فقدان المزايا . .
- تسمح الجلسات للوالدين أن يروا كيف يتم تنفيذ التكنيكات أو الأساليب الفنية الجديدة ، وأن يمارسوا استخدامها وأن يستعرضوا التقدم الذي يحدث في البيت .
- يتم استخدام مهام الواجب المنزلي في تعميم المهارات التي تم تعلمها في العلاج لنقلها إلى البيت .

– التقدم في العلاج يتم مراقبته بعناية شديدة ، ويتم عمل مواءمة مستمرة عند الضرورة .

ولتدريب الوالدين على حسن التصرف مع أطفالهم عدداً من أوجه أو جوانب القوة وبعض جوانب أوجه الضعف أو القصور فكثير من مواد التدريب تم تطويرها وساعد ذلك على تسهيل الاستخدام الواسع الانتشار ، بالإضافة إلى ذلك تم تقييم تدريب الوالدين على حسن التصرف أكثر من أي علاج آخر يستخدم لعلاج مشكلات المسلك ، وهذه التقييمات بينت بدرجة متكررة الفعالية القصيرة الأمد ، وإحداث تغيير في سلوك كل من الطفل والوالدين ، فالطفل الذي اشترك والديه في التدريب أظهر مواءمة وتوافق أفضل بعد العلاج بدرجة أكبر من ٨٠% من الطفل الذي لم يشترك والديه في التدريب (سيركتش ودوماسSerketich & Dumas، ١٩٩٦) .

وعلاوة على ذلك فإن تدريب الوالدين ارتبط أيضاً بوجود انخفاض واضح في الضغوط النفسية والاكتئاب عند الوالدين ، ولقد كان تدريب الوالدين فعالاً مع أهل الأطفال الذين تقل أعمارهم عن ١٢ سنة ، ولم يكن فعالاً تماماً بنفس الدرجة مع أهل المراهقين (ديشيون وباترسون Dishion & Patterson ، ١٩٩٢) وعلى الرغم من أن تدريب الوالدين أحدث مكاسب أو فوائد قصيرة الأجل ، فإن فاعليته على المدى الطويل كانت أقل وضوحاً ، وبالإضافة إلى ذلك فإن تدريب الوالدين يفرض عليهم الكثير من الأمور لكي يتقنوا وينفذوا الإجراءات في البيت ، ويحضرون الاجتماعات ، ويستمرون في إجراء المكالمات التليفونية مع المعالج ، وبالنسبة للأسر التي تعانى من الضغوط العصبية والتي لديها موارد قليلة فإن هذه الأمور أو المتطلبات تشكل عبئاً كبيراً لدرجة تعوقَ الاستمرار في العلاج (كازدين Kazdin ، ١٩٩٧ب ؛ كيوننجهام وآخرون .Cunningham et al ، ٢٠٠٠) .

وتطبيق برنامج تدريب الوالدين نادراً ما يكون سهلاً ، فقد يعتقد الوالدان أن المصاعب تحدث لأن طفلهم عنيد ، وزواجهم شيء ، أو أن العاملين في المدارس غير عادلين ، وفي الحقيقة فإن الأطفال الذين لديهم مشكلات في المسلك يعتقدون بين الحين والآخر أنه يتبع معهم ممارسات والدية جيدة في التربية ، ومن المهم تناول هذه المعتقدات الوالدية ، كما أنه من المهم أيضاً تناول مخاوفهم واهتماماتهم حتى يكون العلاج ناجحاً ، وبالإضافة إلى ذلك أصبح تدريب الوالدين يعترف بدرجة كبيرة جداً بأهمية المساندة الاجتماعية ، والزوجية ، وأسلوب العلاج ، وطريقة الاشتراك فيه (ماك ماهون ويلز McMahon & Wells ، ١٩٩٨ ؛ موريسي – كاني وبرينز Morrisey- Kane & Prinz ، ١٩٩٩) .

ويمكن للوالدين أن يكونوا قوى مؤثرة لتغيير السلوك ، ولكنهم يحتاجون إلى المساعدة ، ويُعد تدريب الوالدين فعالاً في منع تطوير مشكلات اضطراب العناد والتحدي ليصبح اضطراباً أكثر خطورة ويتحول إلى اضطراب المسلك أو اضطرابات أخرى تتعلق بالسلوك العدواني والسلوك المعادي للمجتمع ، وإحدى المزايا الكبرى لبرامج تدريب الوالدين أنها تساعد الوالدين على أن يعملوا كمعالجين في البيئة المحيطة للطفل ومع ذلك فإن الصعوبة التي تعترى هذا النوع من البرامج هي العديد من المشكلات التي تتواجد في الأسر التي بها طفل معرض للمخاطرة من جراء اضطراب المسلك ، ويوضح الجدول التالي المكونات التي أثبتت أنها مفيدة ومن ثم يجب التركيز عليها في علاج الأطفال أو المراهقين الذين يعانون من اضطراب المسلك .

جدول (٤)

يوضح الجوانب المرغوب التركيز عليها أثناء علاج اضطراب المسلك

م	الجوانب المرغوب التركيز عليها في برامج علاج اضطراب المسلك
١	المهارات الاجتماعية ومهارات الاتصال .
٢	التحكم في الغضب .
٣	تحديد الأهداف والمراقبة الذاتية .
٤	تدريب الوالدين على كيفية التعامل مع الطفل .
٥	جلسات للتقوية لمنع حدوث الانتكاسات .
٦	التعاون مع المدارس إذا دعي الأمر إلى ذلك (عند الحاجة) .

وفي البرامج الفعالة لعلاج الأطفال الذين يعانون من اضطراب المسلك فإن العامل المشترك يكمن في وجود مساندة اجتماعية ملائمة ، فالمساندة الاجتماعية تعد واحدة من المبادئ الأساسية لمنع أو الوقاية من اضطراب المسلك في البداية ، ومنع هذا الاضطراب من التطور ليصبح اضطراب أكثر خطورة في مرحلة الرشد ، وعلى الرغم من أن اضطراب المسلك يعد جزءاً من سلسلة تؤدى إلى ارتباط مجموعة الأفراد المنحرفين في المراهقة المتوسطة ، ويتبعها أو يليها اضطراب أكثر خطورة وهو السلوك المعادى للمجتمع عند دخول هؤلاء الأطفال في مرحلة الرشد .

والأفراد الذين لديهم اضطراب المسلك يفشلون في إقامة علاقات مؤيدة أو مساندة ، وذلك بسبب سلوكياتهم السلبية ، ونقص المهارات البينشخصية لديهم وارتباطهم المتكرر بالأقران المنحرفين .

ويمكن استخدام هذا البرنامج العلاجي مع الوالدين فقط أو مع الوالدين

والطفل معاً ، يضاف إلى ذلك أن هذا الأسلوب العلاجي يتوفر إلى جانب الكتيبات الإرشادية في شرائط فيديو موضح بها كيفية الاستخدام ، وكذلك يمكن تعديل طريقة التنفيذ بحيث تتمشى مع احتياجات الأسرة ، ويمكن تنفيذ هذا البرامج في أماكن متنوعة (ويبستر - ستراتون وهانكوك Webster - Stratton & Hancook ، ١٩٩٧) .

وتتمثل التحديات أو أوجه قصور هذا البرنامج أو الطرق المستخدمة في العلاج في الأعداد الكبيرة للوالدين الذين لا يستكملون البرامج المخصصة لهم ، وقلة الفاعلية بالنسبة للأسر المختلة ، ولزيادة فاعلية هذه التدخلات العلاجية فمن المهم أن يتم التركيز على الطرق التي من شأنها أن تساعد على اشتراك الأسر في التدخل العلاجي مع الوضع في الاعتبار السياق الأوسع للأسرة ، وربما يشمل هذا السياق العوامل التي يمكن أن تمنع الوالدين من استخدام الأساليب أو التكنيكات التي تعلموها في برامج تدريب الوالدين على إدارة الأسرة مثل الاكتئاب عند الوالدين ، أو استخدام الوالدين للمادة ، والمعدلات العالية للصراع أو النزاع بين الزوجين ، أو نقص المساندة الاجتماعية للوالدين (ميللر وبرنز Miller & Prinz ، ١٩٩٠) .

ولزيادة تحسين الاشتراك من جانب الوالدين في هذه البرامج ، وتحديد كيفية تجسيد القضايا أو الموضوعات المتعلقة بالوالدين في السياق الأسرى الأوسع يتم استخدام طريقة أطلق عليها العلاج الأسرى الوظيفي Functional Family Therapy ولقد أوضحت نتائج الدراسات التي اعتمدت على هذا الأسلوب أو الطريقة فاعليته في علاج الأطفال الأكبر سناً والمراهقين الذين لديهم اضطراب المسلك وذلك في الأسر المضطربة بدرجة شديدة والتي من خلفيات اقتصادية واجتماعية وعرقية متنوعة (الكسندر وآخرون Alexander et al. ، ١٩٩٤) .

ثانياً : التدريب على المهارات المعرفية لحل المشكلات :

Cognitive Problem-Solving Skills Training (PSST)

تشير العمليات المعرفية إلى مجموعة مـن التراكيـب التـي تتعلـق بالأسلوب الذي يُمكن الفرد أو يساعده على أن يدرك ويخبر العالم المحيط به فالعمليات المعرفية هي الميكانيزمات التي بواسطتها يدرك الفـرد ويحـس بالعالم الذي يعيش فيه ، وكما وصفنا من قبل فإن الأطفال ذوى اضـطراب المسلك يكونون عرضة للتشوهات المعرفية ، وبهذه الطريقة يكـون لـديهم صعوبة في إيجاد حلول إيجابية للمشكلات ويناضلون من أجـل تحديـد أو التعرف على كيفية تحقيق غاية مرغوب فيها ، فهم يكونون مندفعين ويفشلون في التفكير في عواقب أعمالهم ، ويكون لديهم صعوبة في التركيز ، والتشويه المعرفي الشائع عند الأطفال العدوانيين هو إساءة نسب أو إيعـاز النيـة أو القصد العدواني لدرجة أنه حتى المثيرات الطبيعية أو العادية يـتم إدراكهـا على أنها عدوانية ويستجيبون لها بطريقة عدوانية (كابالدى وإيدى Capaldi & Eddy ، ٢٠٠٩) .

وتم تصميم هذا الأسلوب العلاجي للتغلب علـى أوجـه العجـز فـي المعرفة الاجتماعية ، وكذلك حل المشكلات الاجتماعية التي يمر بها الكثيـر من الأطفال والمراهقين الذين لديهم اضطراب المسـلك ، والبحـوث التـي أجريت على الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك أوضحت حدوث أوجـه عجز في الطريقة التي يُشغلون من خلالها المعلومات الاجتماعية بما في ذلك الطريقة التي يحددون من خلالها المفاتيح أو الدلائل الاجتماعية ، وتفسير هذه المفاتيح وتطوير الأهداف الاجتماعية ، وكذلك تطوير الاستجابات المناسـبة واتخاذ القرارات بشأن الإجابات المناسبة (فريك وآخـرون .Frick et al ، ٢٠٠٠) ، فعلى سبيل المثال فإن بعض الأطفال العدوانيين بدرجـة شـديدة

يميلون إلى أن ينسبون قصدهم أو نيتهم العدوانية إلـــى مواقــف الاســتفزاز الغامضة مع الأقران أو الرفاق والتي تجعلهم أكثر احتمالاً بــأن يتصــرفوا بعدوانية نحو الأقران ، وهناك أطفال عدوانيون آخرون يتجهون إلى ربــط النتائج الموجبة بدرجة أكبر بسلوكهم العدواني ، مما يجعلهم أكثر احتمالاً أن يختاروا البدائل العدوانية لحل الصــراع أو النــزاع مــع الأقــران (دودج وآخرون .Dodge et al ، ١٩٩٧) ، ومعظم برامج التدريب على المهارات السلوكية المعرفية تشمل طريقة ما لجعل الطفــل يكــف عــن الاســتجابة الاندفاعية أو الاستجابة الغاضبة ، وهذا يسمح للطفل أن يمر بسلســلة مــن خطوات حل المشكلة على سبيل المثال كيف يتم التعرف على المشكلات ؟ ، وكيفية التفكير في الاستجابات البديلة ، وكيفية اختيار أفضل طريقة ممكنــة ومتوافقة للتعامل بمزيد من الفاعلية مع المشكلات التي يتم مواجهتها أثنــاء التعاملات مع الرفاق ، ورغم بعض الأمور الشائعة فإن البرامج المتعددة لها بالفعل تأكيدات مختلفة إلى حد ما ، فعلى سبيل المثال فإن برنامج التــدريب على التعلم الذاتي Self-Instructional Training Program يركز بدرجــة كبيرة على الكف عن أو منع الاستجابة الاندفاعية ، وبرنامج التصرف حيال الغضب Anger Coping Program يركز بدرجة أكبر على تغيير التحيزات الإدراكية التي تتعلق بنية الرفاق وذلك باستخدام منظور التدريب على تولى المهمة والارتقاء بالاستراتيجيات البديلة في التفكير (لوكمــان Lochman ، ١٩٩٢) ، ويقوم المعالج بدور إيجابي بدرجة كبيرة في هذه البرامج يتمثــل في عمل نماذج للمهارات التــي يــتم تعلمهــا ، ولعــب الأدوار للمواقــف الاجتماعية ، وتوصيل التغذية المرتدة ، ومدح استخدام المهارات الملائمة ، ومعظم البرامج يتم تصميمها لتتلاءم مع سمات الجماعة أو المجموعة خوفــاً أو تجنباً للأخطار المحتملة في حالة وجود الأفراد الذين لديهم سمات معادية

للمجتمع (ديشـــون وآخرون .Dishion et al ، ١٩٩٩) .

ويركز التدريب على مهارات حــل المشــكلات الاجتماعيــة علـــى التشوهات وأوجه العجز المعرفي التـــي يعرضـــها أو يظهرهـــا الأطفـــال والمراهقون الذين لديهم مشكلات المسلك (كـــازدين Kazdin ، ١٩٩٧أ) ، ويمكن استخدام التدريب على مهارات حل المشكلات بمفرده أو بالاشـــتراك مع تدريب الوالدين على حسن التصرف مع أبنائهم وذلك حسب ما تتطلـــب ظروف الأسرة ، والافتراض البارز والهام للتدريب علـــى مهـــارات حـــل المشكلات هو أن إدراكات وتقـــديرات الطفـــل للأحـــداث البيئيـــة ســـيحفز الاستجابات العدوانية ، والسلوكيات المعادية للمجتمع وأن تغييـــر التفكيـــر الخاطئ سيؤدى إلى تغيير السلوك ، ويتم تعليم الأطفال كيفية حل المشكلات لكي يحددوا الأفكار والمشاعر وأوجه السلوك فـــي المواقـــف الاجتماعيـــة المسببة للمشكلات .

والهدف من هذا الأسلوب العلاجي هو تحسين وتطوير مهارات حـــل المشكلات من أجل تقليل السلوك المعادى للمجتمع والسلوك العـــدواني فـــي البيت أو المدرسة أو المجتمع المحلى ، والسمات الشائعة للبرنامج تتضـــمن تعليم الأطفال الاشتراك في منهج أو طريقة تتم خطوة خطوة لفهم المشـــكلة والعمل على حلها ، فالتركيز المباشر على جوانب معينة من المشكلة يـــؤدى إلى التوصل إلى حلول فعالة لها ، ويستخدم هذا الأسلوب العلاجي العديد من الأساليب والفنيات التي تتضمن الألعاب والأنشطة الأكاديمية ، والقصـــص ، ولعب الأدوار ، والتعزيز ، والنمذجة ، والعقاب المعتدل أو المعقـــول كفقـــد النقاط أو العلامات (بارتون Barton ، ٢٠٠٣) .

وعادة ما يقوم المعالج بدور فعال في العلاج ؛ حيـــث يقـــوم بنمذجـــة العمليات المعرفية مثل التلفظ بالعبارات الذاتية وتوفير الإشارات أو الـــدلائل

اللازمة لاستخدام المهارات المتعددة ، ويولد منها تغذية رجعية ، ويمتدح الأطفال عند الضرورة وذلك لتطوير الاستخدام الصحيح للمهارات .

وتتمثل هذه الطريقة في أن يتعلم الأطفال ذوى السلوك المعادى للمجتمع مهارات حل المشكلات بالإضافة إلى المشاركة الوجدانية ، والأخذ بمنظور الآخرين ، وذلك في محاولة لمساعدتهم على التعامل بدرجة أفضل مع الخلافات البينشخصية في أداء المهام الأكاديمية أو الدراسية ، ويقاوم الأفراد ذوى اضطراب المسلك بدرجة كبيرة جداً جميع أنواع التدخلات العلاجية ، وعلى الرغم من أن العلاجات المعرفية السلوكية مازالت عاجزة إلى حد ما عن التخلص من اضطراب المسلك ، فهناك بعض النجاحات في الطرق التي تركز على زيادة مهارات حل المشكلات وعلاج الاندفاعية وضبط الغضب .

وقد أوضحت نتائج العديد من الدراسات التي اعتمدت على هذا الأسلوب العلاجي سواء مع الأطفال أو المراهقين الذين يعانون من اضطراب المسلك أن هذا الأسلوب العلاجي أدى إلى خفض السلوك العدواني والسلوك المضاد للمجتمع سواء في المنزل أو المدرسة أو المجتمع المحلي وذلك بدرجة دالة ، وأن المكاسب التي تحققت استمرت لمدة عام بعد العلاج ، كما أوضحت نتائج دراسات أخرى أن الأطفال الأكبر سناً الذين تتراوح أعمارهم من ١١ – ١٣ سنة يستفيدون من العلاج بدرجة أكبر مما يستفيد به الأطفال الأصغر سناً وربما يرجع ذلك إلى تقدمهم في النمو المعرفي (ديورلاك وآخرون Durlak et al. ، ١٩٩١ ؛ كيندال Kendall ، ١٩٩١) .

والعديد من النتائج التي كشفت عنها الدراسات التي أجريت في هذا الصدد أوضحت أن هذا الأسلوب العلاجي أدى إلى حدوث تغير علاجي في

الاتجاه المنشود ، وإن التغيرات التي تمت من جراء استخدام هذا الأسلوب والإجراءات المتبعة تم تسجيلها في كتيبات تسهل عملية التدريب ، ويعد التدريب على المهارات المعرفية لحل المشكلات في ضوء نتائج الدراسات المحكمة التي تناولت اضطراب المسلك لدى الأطفال والمراهقين أسلوباً علاجياً واعداً وفعالاً إلى حد كبير .

ويحدد كازدين Kazdin (١٩٩٦) خطوات حل المشكلات المعرفية من خلال عرض المثال التالي :

الخطوة رقم ١ : ما المفروض أن أفعله ؟ .

أريد أن أستعيد لعبتي من " س " .

الخطوة رقم ٢ : يجب أن أنظر إلى جميع الاحتمالات التي تطرأ على ذهني ، بإمكاني أن أضربه ضرباً مبرحاً واستعيد لعبتي ، أو أسأله أو أطلب منه أن يعيدها لي وإلا أشكوه أو أخبر المدرس .

الخطورة رقم ٣ : من الأفضل أن أركز ، فإذا ضربته سأدخل في مشاكل ، وإذا طلبت منه أن يعيدها لي فربما يرجعها لي .

الخطوة رقم ٤ : أحتاج أن اختار ، سأحاول أن أطلب منه أن يعيد لعبتي لي ، وإذا لم ينجح ذلك سأخبر المدرس .

الخطوة رقم ٥ : إما أن أقوم بعمل جيد أو أرتكب خطأ لقد نجحت في الاختبار ، فأنا لا أريد أن أدخل في مشاكل فأنا و" س " من الممكن أن نظل أصدقاء إذا أعاد لعبتي لي ، وإذا لم يكن الأمر كذلك سأبذل قصارى جهدي لأستعيدها قبل أن أطلب المساعدة من المدرس .

وأثناء التدريب على مهارات حل المشكلات يستخدم المعالج التعليمات ، والتدريب أو الممارسة ، والتغذية المرتدة لمساعدة الطفل على أن يكتشف

الطرق المختلفة للتصرف في المواقف الاجتماعية ، ولتحقيق ذلك يتعلم الأطفال أن يقيموا الموقف ويحددوا العبارات الذاتية وردود الأفعال تجاه دوافع الأطفال الآخرين ، ويتعلمون أيضاً أن يكونوا حساسين بدرجة أكبر للطريقة التي يشعر بها الأطفال الآخرين وأن يتوقعوا تفاعلات أو ردود أفعال الآخرين ، وأن يولدوا الحلول الملائمة للمشكلات الاجتماعية .

المعالم الهامة للتدريب على مهارات حل المشكلات :

يوضح كازدين Kazdin (١٩٩٥) المعالم الهامة للتدريب على مهارات حل المشكلات فيما يلي :

- التركيز على تفكير الطفل ، وعلى الرغم من أن الأطفال ينتقون الوسائل والأساليب المناسبة للسلوك إلا أنه يتم التركيز في الأساس على عمليات التفكير بدلاً من النتائج أي الأفعال السلوكية التي تنتج من جراء ذلك .
- يتم استخدام العبارات الذاتية لتوجيه الانتباه لجوانب المشكلة التي تؤدى إلى حلول فعالة .
- يستخدم هذا الأسلوب العلاجي مهاماً تركيبية منظمة تتضمن الألعاب والأنشطة الأكاديمية ، والقصص .
- يتعلم الطفل أن يطبق المهارات المعرفية الخاصة بحل المشكلات على مواقف الحياة الفعلية .
- يلعب المعالج دوراً مباشراً وفعالاً في العلاج وإعطاء الأمثلة للعمليات المعرفية ، وتقديم التغذية المرتدة أو الرجعية وامتداح الأطفال عند الضرورة .
- يتضمن هذا الأسلوب العلاجي العديد من الإجراءات مثل النمذجة

Modeling ولعب الأدوار Role Playing ، والتعاقـدات السـلوكية Behavioral Contracts ، والتعزيز ، والعقاب المعتدل مثل فقـدان النقاط أو المكافآت الرمزية .

- يركز هذا الأسلوب العلاجي على استمرار حل المشكلات في حياة الطفل اليومية من خلال استخدام مهام الواجب المنزلي ، واشتراك الوالدين .

ويعتبر التدريب على مهارات حل المشـكلات فعـالاً مـع الأطفـال والشباب الذين يتم تحويلهم إلى عيادات الصحة النفسية للعلاج من مشـكلات المسلك ، كما أن له فوائده التي تمتد إلى الأداء الوظيفـي للوالدين والأسـر (كازدين وواسـيل Kazdin & Wassell ، ٢٠٠٠ ؛ كـازدين Kazdin ، ٢٠٠٣أ) ، وعلى الرغم من وضوح إجراءات هذا الأسلوب العلاجي إلا أنه يصعب معرفة ما إذا كانت التغييرات التي يحدثها في المعارف المختلفة هي المسئولة عن التحسينات السلوكية ، وفي الواقع فإن تغيير العمليات المعرفية قد لا يؤدى بالضرورة إلى تغيير السلوك .

وأخيراً فعلى الرغم من أن معظم الأطفال يتحسنون نتيجة هذا الأسلوب العلاجي إلا أن بعض الأطفال ربما يستمرون في إظهار مشكلات سـلوكية أكثر حدة من أقرانهم غير المنحرفين ، وبالتالي يتم تطـوير المزيـد مـن تدخلات هذا الأسلوب العلاجي للوفاء بحاجات أسر الأطفـال الـذين لـديهم مشكلات المسلك والذين تكون مشكلاتهم حادة على نحو خاص .

والتحديات أو أوجه القصور الهامة لفاعلية أو كفاءة معظـم البـرامج السلوكية المعرفية تتمثل في الصعوبات التي يتم مواجهتها عند جعل الأطفال يستخدمون المهارات التي تعلموها خارج المقر العلاجي (كندال وآخـرون Kendall et al. ، ١٩٩٠) ، والمحافظة على المهارات خلال فترة ممتـدة

من الزمن بعد انتهاء التدخل العلاجــي (لوكمــان Lochman ، ١٩٩٢) ، وللارتقاء وزيادة عملية التعميم تم تصميم العديد من البرامج لكي يتم تنفيذها خارج المكان النمطي لتقديم الخدمات الصحية والنفسية حتى يمكن تنفيــذ أو تعليم المهارات في البيئة التي سوف تستخدم فيها هذه المهــارات ، وأيضــاً للارتقاء ولزيادة عملية التعميم فإن معظم البرامج تتضمن ممارسة المهارات في أماكن مختلفة ، ومع ذلك فالأهم هو أن كل هذه البرامج تتضمن الأفــراد الموجودين في البيئة الطبيعية للطفل كالوالدين والمعلمين لكي يستخدمون هذه المهارات خارج السياق العلاجي .

ثالثاً : العلاج الأسرى الوظيفي (FFT) Functional Family Therapy

يعتبر العلاج الأسرى ضرورياً بين الحين والآخر لمواجهة العلاقــات الصراعية بين الفرد ووالديه ، فالتفاعل السلبي بين الفرد ووالديه يؤدى إلــى حدوث فجوة بينهما ينتج عنها انخفاض التفاعل الإيجابي وزيادة المشــكلات السلوكية ، ويهدف العلاج الأسرى إلى تعديل البيئة المنزلية لكي تلائم هــذا الأسلوب العلاجي إلى جانب خفض الصراع النفسي بين الأفراد داخل الأسرة لأن الصراع يعوق تحقيق الأهداف المرجوة من العلاج ؛ كما يهدف العلاج الأسرى أيضاً إلى تدريب الوالدين على كيفية تعديل السلوك المشــكل لــدى الطفل أو المراهق الذي يعانى من الاضطراب ، ويمكن تحقيق ذلك من خلال التعرف على وجهات النظر المختلفة والاعتراف بتأثير الاضــطراب علــى مشاعر ودافعية الآخرين .

ويسلم هذا الاتجاه العلاجي بأن السلوك المضطرب الذي يصدر عــن الطفل هو الوسيلة الوحيدة التي يمكن بموجبهــا الوفــاء بــبعض الوظــائف البينشخصية كالألفة ، والفتور أو البرود والمساندة بين أفراد الأســرة ، وأن

العمليات اللاتوافقية داخل الأسرة هي التي تعوق تحقيق إشباع مثل هذه الوظائف (آلان كازدين ، ٢٠٠٠) ، وفي هذا الأسلوب العلاجي يتم النظر إلى مشكلات الطفل الذي يعانى من اضطراب المسلك على أنها الطريقة الوحيدة التي من خلالها يمكن للأسرة أن تحقق وظائف بينشخصية معينة ، الأمر الذي يساعد على تطوير طرق جديدة لفهم الحياة الأسرية ، وتطوير أساليب جديدة للتصرف أو السلوك (بارتون Barton ، ٢٠٠٣) .

وتتمثل الأهداف الأساسية للعلاج في زيادة التبادلية والتعزيز الايجابي بين أعضاء الأسرة لإقامة تواصل واضح فيما بينهم لا لبس فيه ، وفي المساعدة على تحديد السلوكيات التي يرغبها أعضاء الأسرة من بعضهم البعض وأن يتم التفاوض والنقاش فيما بينهم بشكل بنائي يساعد على تحديد حلول لمشكلاتهم البينشخصية ، ويتطلب هذا الأسلوب العلاجي أن تنظر الأسر إلى المشكلة من منطلق الوظيفة المرتبطة بها التي يجب أن تؤديها داخل الأسرة ، ويشير المعالج إلى الاعتمادية المتبادلة والأمور العارضة بين أعضاء الأسرة التي تعمل في هذا الإطار كأساس للبحث عن العلاج وبمجرد أن تنظر الأسرة إلى أساليب بديلة لرؤية المشكلة يزداد الحافز للتفاعل بين أعضائها بشكل أكثر بنائية ، ويقوم أعضاء الأسرة أثناء العلاج بتحديد السلوكيات التي يرغبون أن يأتي بها الآخرون ، ومع ذلك يظل التركيز الأساسي منصباً على جلسات العلاج التي تتغير خلالها أنماط التواصل الأسرى بشكل مباشر ، ويقدم المعالج أثناء الجلسات تعزيزاً إيجابياً لتحقيق التواصل الذي يعمل على تقديم الحلول للمشكلات المختلفة (آلان كازدين ، ٢٠٠٠) .

والدراسات التي تناولت هذا الأسلوب العلاجي ركزت على العينات

السكانية التي يصعب التعامل معها أو يصعب علاجها كالمراهقين الجانحين الذين صدر ضدهم حكم قضائي أو المراهقين متعددي الجنح على سبيل المثال ومع ذلك فإن التجارب التي أمكن التحكم في نتائجها أسفرت عن وجود فوائد تتضمن تحسين التفاعل الأسرى ، وانخفاض معدلات الإحالة للعلاج ، وانخفاض معدل تقديم هؤلاء المراهقين للمحاكمة ، علاوة على ذلك فإن نتائج العلاج استمرت لمدة عامين ونصف بعد انتهاء العلاج (بارتون Barton ، ٢٠٠٣) .

وأوضحت نتائج الدراسات المتعددة التي اعتمدت على هذا الأسلوب العلاجي أنه يحدث تغيراً وتعديلاً في المشكلات السلوكية المنتشرة بين المراهقين الجانحين ، كما يمكن استخدام هذا الأسلوب العلاجي مع الأطفال ، والوالدين مما يعطى أهمية وقيمة علاجية لهذا الأسلوب العلاجي .

رابعاً : العلاج متعدد النظم Multisystemic Therapy (MST)

أسلوب علاجي ينظر فيه إلى الطفل على أنه جزء من عدد من النظم التي تتضمن الأسرة والأقران والمدرسة والمجتمع المحلى ، وبهذه الطريقة يكون هناك تأثيرات متعددة يجب التركيز عليها أثناء العلاج ، ومن ثم تستخدم أساليب فنية متعددة أثناء العلاج ؛ ولذا فإن العلاج متعدد النظم يتضمن سلسلة أو مجموعة من التدخلات العلاجية التي تستخدم في نفس الوقت مع الأطفال وأسرهم ، ويتم خلال العلاج متعدد النظم استخدام العديد من فنيات العلاج الأسرى مثل إعادة التشكيل أو الصياغة ، والحفاظ على الترابط ، وتحديد مهام معينة ، وزيادة التفاعل أو التواصل ، وتغيير الأسلوب الذي يتفاعل به أعضاء الأسرة فيما بينهم ، كما يستخدم العلاج متعدد النظم التدخلات العلاجية الأخرى مثل التدريب على المهارات المعرفية لحل المشكلات (PSST) ، وتدريب الوالد على إدارة الأسرة (PMT) ، ويستخدم

أيضاً بعض الاستراتيجيات مثل النصيحة العملية والتوجيه أو الإرشاد .

والعلاج متعدد النظم أسلوب علاجي مكثف لشكل من أشكال العلاج القائم على الأسرة والمجتمع ، وهذا الأسلوب العلاجي موجه للمراهقين الذين يعانون من مشكلات سلوكية حادة تضعهم على حافة المخاطرة من جراء تشريدهم أو ضياعهم خارج بيوت أسرهم (هينجلر ولي Henggeler & Lee ، ٢٠٠٣) ، ويهدف هذا الأسلوب العلاجي إلى تقليل التفاعلات السلبية بين الوالدين والمراهق ، والتغلب على المشكلات الأسرية التي تعوق قيام الوالدين بدورهما الوظيفي داخل الأسرة ، وتحقيق وتطوير التماسك الأسرى والدفء العاطفي بين أعضاء الأسرة (هينجلر وآخرون .Henggeler et al ، ١٩٩٨) .

ويسعى العلاج متعدد النظم إلى تفويض مقدمي الرعاية للعمل على تحسين الأداء الوظيفي للشباب والأسرة ، وبالتالي يتم تنفيذ العلاج مع جميع أفراد الأسرة والعاملين في المدرسة والأقران والهيئة العاملة في محاكم الأحداث بوزارة العدل ، وغيرهم من الأفراد الذين لهم تأثير في حياة الطفل ، ويعتمد العلاج متعدد النظم على الأساليب العلاجية الأخرى مثل تدريب الوالدين على حسن التصرف مع أطفالهم ، والتدريب على مهارات حل المشكلات ، والعلاج الزواجي Marital Therapy بالإضافة إلى تدخلات علاجية تخصصية مثل التربية الخاصة ، والتحويل إلى برامج العلاج من سوء استخدام المادة أو الإحالة إلى الخدمات القانونية ، وفي الواقع يحاول العلاج متعدد النظم أن يتناول المحددات الكثيرة للسلوك المعادى للمجتمع الحاد أو الشديد (رولاند وآخرون .Rowland et al ، ٢٠٠٠) .

وأوضحت نتائج الدراسات التي قامت بتقييم العلاج متعدد النظم عند

استخدامه مع المراهقين الجانحين الذين لديهم تاريخ من القبض عليهم وإيداعهم السجن نتيجة ارتكابهم جرائم بشعة مثل القتل ، والهجوم الشرس على الآخرين بنية القتل أن هذا الأسلوب العلاجي يقلل حدة الجنوح ، كما يقلل أيضاً المشكلات السلوكية والانفعالية ، ويحسن الأداء الوظيفي الأسرى (بارتون Barton ، ٢٠٠٣) ، والدراسات التتبعية التي استمرت لمدة عامين أو أربعة أعوام أو خمسة بعد العلاج على عينات مختلفة من المراهقين الذين تلقوا العلاج متعدد النظم أوضحت نتائجها انخفاض معدل إلقاء القبض عليهم وإيداعهم محاكم الأحداث أو الإصلاحيات (هينجلر وآخرون .Henggeler et al ، ١٩٩٥) .

وتتفق الدراسات المتعددة التي استخدمت هذا الأسلوب العلاجي على أنه يؤدى إلى حدوث تغير لدى المراهقين ، وأن هذا التغير يستمر ويبقى لوقت طويل ، ومما يعطى قوة لهذه الدراسات أن العديد من المراهقين الذين خضعوا للعلاج كانوا يعانون من خلل حاد في الأداء الوظيفي ، كما أنهم كانوا من المراهقين الجانحين ممن لهم تاريخ في إلقاء القبض عليهم ، ويحتوى التراث السيكولوجي على العديد من الدراسات التي تتناول العلاج متعدد النظم بما يضمه من فنيات علاجية متعددة مأخوذة من أساليب علاجية أخرى كالتدريب على مهارات حل المشكلات .

ويرى ألان كازدين (٢٠٠٠) أن العلاج متعدد النظم يتضمن فنيات علاجية متميزة يتم الاستعانة بها من جانب الاتجاهات العلاجية الأخرى ، وعلى الرغم من ذلك فإنه لا يعد بمثابة دمج لتلك الفنيات معاً ، ويكون التركيز العلاجي هنا على النظم المترابطة وكيف تؤثر في بعضها البعض ، كذلك فقد يتم تناول مجالات متعددة من خلال العلاج كالمشكلات التي

يتعرض لها الوالد أو الوالدين مثلاً ، وهو ما يؤثر على الأداء الوظيفي للطفل نتيجة للصراعات الزوجية التي قد تحدث بين الوالدين ، وأساليب المعاملة الوالدية للطفل ، وبذلك فعلى الرغم من تعدد الفنيات العلاجية في هذا الأسلوب العلاجي فله حدوده في الاختيار من بينها .

واستخدم العلاج متعدد النظم في الأصل كطريقة عامة لعلاج الحالات المرضية النفسية ، ولكن تم تطبيقه بكثافة لعلاج السلوك الحاد والمضاد للمجتمع عند الأطفال والمراهقين (هينجلر وآخرون .Henggeler et al ، ١٩٩٢) ، ويتضمن العلاج متعدد النظم سياقات مثل مجموعة أقران أو رفاق الطفل في المدرسة ، ومحل الإقامة أو منطقة الجيرة السكنية ، وعلى الرغم من أن هذا الأسلوب العلاجي ليس إنمائياً أو متعلقاً بالنمو في وجهته كما يتضح ذلك في عدم تأكيده على سمات الطفل الفردية التي قد تساهم في حدوث اضطراب المسلك والتي تلعب دوراً في تشكيل هذه السياقات ، فهو يؤكد رغم ذلك على طريقة شاملة تراعى الاحتياجات الفردية بحيث يؤخذ ذلك في سياق التدخل العلاجي ويتفق مع المبادئ التي تم توضيحها آنفاً في التدخل العلاجي في حالة الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك .

ويسعى العلاج متعدد النظم إلى فهم مستوى وحدة المشكلات الحالية التي تؤرق الطفل أو المراهق بالإضافة إلى السياق المنتظم لهذه المشكلات ، والمعلومات التي يتم الحصول عليها من التقدير تستخدم لتحديد خطة علاجية فردية تقوم على الاحتياجات النوعية للطفل ولأسرته ، ولتوضيح الطبيعة الشاملة لهذا الأسلوب العلاجي ذكر هينجلر وبوردن Henggeler & Borduin (١٩٩٠) عند علاجهما لـ ١٥٦ من المجرمين الأحداث بمتوسط عمري قدره ١٥.١ سنة ، وهؤلاء الأحداث الأشرار قد تم القبض عليهم مرات عديدة ، وخاض ٨٨ من هؤلاء الأحداث وأسرهم تجربة العلاج

متعدد النظم بمعدل ٥ – ٥٤ ساعة (بمتوسط ٢٣ ساعة) ، وبالإضافة إلى هذا التنوع في الحدة أو الشدة فإن الطريقة التي تم فيها استخدام هذه السياقات تنوعت وذلك استناداً على احتياجات المرضى أو الخاضعين للعلاج ، وكانت هناك نسبة تصل إلى ٨٣% من المجموعة التي اشتركت في العلاج المتعدد النظم اشتركت في العلاج الأسرى ، ٦٠% اشتركت في شكل من أشكال التدخل العلاجي الذي يتم في المدرسة والذي أشتمل على تسهيل الاتصال بين الوالدين والمعلمين ، والمساندة في إدارة أو ضبط السلوك في حجرة الدراسة ، وفي ٥٧% من الحالات كان هناك شكل ما من أشكال التدخل العلاجي من جانب الأقران اشتمل على التدريب مع المساندة الانفعالية من أجل التكامل داخل مجموعة الأقران ذوى السلوك الايجابي على سبيل المثال فرق الكشافة والفرق الرياضية ، والتدخل العلاجي المباشر مع الأقران ، وفي ٢٨% من الحالات كان المراهق يأخذ علاجاً فردياً تضمن في أغلب الأحيان شكلاً من أشكال التدريب على المهارات السلوكية المعرفية ، وأخيراً ففي ٢٦% من الحالات اشترك أهل المراهق أو والديه في العلاج ألزواجي .

ويتضمن العلاج متعدد النظم نظاماً لإشراف مكثف من جانب المعالجين الذين ينفذون العلاج ، ويجب عليهم أن يحددوا كيف أن هذه المبادئ من المفروض أن يتم تنفيذها للوفاء باحتياجات حالة كل فرد ، ويجب أن يتأكدوا من أن المبادئ يتم إتباعها خلال مراحل العلاج ، ويتم تصميم العلاج متعدد النظم ليكون تدخلاً علاجياً محدداً بوقت ، وعادة يستغرق بين ٣ – ٥ شهور ، وهدفه إيجاد مصادر المساندة في السياق الطبيعي للطفل والأسرة الذي سيساعد في المحافظة على أي تغيير أحدثه التدخل العلاجي ، وذلك على فترات زمنية ممتدة أو طويلة ، ومع ذلك فإن هذا البرنامج يتم تصميمه ليكون قائماً على المجتمع ؛ حيث يتم تقديم الخدمات بأكبر قدر

ممكن في البيئة الطبيعية للأسرة (على سبيل المثال في البيت ، وفي الحي الذي تقيم فيه الأسرة) ، وأحد الإسهامات الهامة لهذا البرنامج هو قدرته على تقييم التدخلات العلاجية بطريقة دقيقة جداً من خلال الدراسات الخاصة بنتائج العلاج والتي تم التحكم فيها أو مراقبتها بدقة ، والنتائج الأولية المستمدة من الدراسات عن كفاءة العلاج المتعدد النظم في تقليل السلوك العدواني والمضاد للمجتمع حتى في الأطفال المضطربين بدرجة شديدة جداً كانت نتائج واعدة ومبشرة بالخير إلى حد كبير (فريك Frick ، ٢٠٠١) .

وفي دراسة لنتيجة العلاج قام بها الطلبة الذين يحضرون لنيل درجة الدكتوراه في عيادة جامعية للمرضى الخارجيين ، قام ٨٨ من المجرمين المراهقين الذين يكررون تصرفاتهم البشعة أو المشينة مثل القتل والهجوم الشرس على الآخرين بغرض القتل بخوض تجربة العلاج متعدد النظم ، وقورنت نتائجهم بنتائج مجموعة ضابطة تألفت من ٦٨ من المراهقين المنتهكين للقانون والذين تلقوا الخدمات التقليدية التي تقدم للمرضى الخارجيين المترددين على هذه العيادة ، وهذه الخدمات ركزت بدرجة أساسية على العلاج النفسي الفردي ، وخلال المتابعة التي استمرت ٤ سنوات ، وجد أن نسبة تقدر بـ ٢٠ % من الشباب الذين تلقوا العلاج متعدد النظم تم القبض عليهم من جديد (إعادة القبض عليهم من جانب الشرطة) ، وذلك بالمقارنة بـ ٧١% من المراهقين الذين ينتمون إلى المجموعة الضابطة (بريد كامب وكوبل Bredkamp & Copple ، ١٩٩٧) .

وفي دراسة ثانية تناولت نتيجة العلاج متعدد النظم تم تقديم التدخل العلاجي بواسطة معالجين يحملون درجة الماجستير ويعملون في مركز للصحة النفسية من المراكز المنتشرة بالمجتمع ، وتضمنت العينة المراهقين

الذين تم الحكم عليهم قانوناً على أنهم منحرفين وتم القبض عليهم مرات عديدة ، وتم تقسيم هؤلاء المراهقين عشوائياً ليتلقوا إما العلاج متعدد النظم أو ليتلقوا الخدمات النمطية التي تقدمها الهيئة القضائية الخاصة بالأحداث ، وأظهرت المجموعة التي تلقت العلاج متعدد النظم انخفاض نسبة أو مرات القبض عليهم إلى النصف ، وقضوا أياماً أقل في الحبس عما هو الحال مع المراهقين الذي تلقوا الخدمات النمطية أو التقليدية (هينجلر وآخرون Henggeler et al. ، ١٩٩٨) .

وهاتان الدراستان توضحان الطبيعة الواعدة إلى حد كبير جداً للعلاج متعدد النظم في علاج الأشخاص الذين لديهم اضطراب المسلك والذين كان يصعب علاجهم بدرجة كبيرة جداً ، وعلى الأخص المراهقين الذين ينتمون إلى مجموعة الأحداث المنتهكين للقانون ، والذين تم القبض عليهم مرات كثيرة .

المبادئ المرشدة أو التي يرتكز عليها العلاج متعدد النظم :

يقدم هينجلر ولي Henggeler & Lee (٢٠٠٣) مجموعة من المبادئ المرشدة للعلاج متعدد النظم تتلخص في :

المبدأ الأول : يركز التقدير على فهم التطابق بين المشكلات التي تم تحديدها وسياقها الأوسع أو الأكبر .

المبدأ الثاني : تركز التدخلات العلاجية على ما هو موجود ، وتكون موجهة نحو العمل الذي يستهدف المشكلات النوعية الواضحة .

المبدأ الثالث : تركز التدخلات العلاجية على التعاملات السلوكية الموجودة داخل أو بين النظم المتعددة .

المبدأ الرابع : تكون التدخلات العلاجية ملائمة من الناحية الإنمائية وتتطابق

مع احتياجات الشباب .

المبدأ الخامس : تتطلب التدخلات العلاجية جهوداً يومية وأسبوعية يقوم بها أفراد العائلة .

المبدأ السادس : يتم تقييم التدخلات العلاجية باستمرار ، وذلك من منظورات متعددة .

المبدأ السابع : يتم تصميم التدخلات العلاجية للارتقاء بعملية التقييم والاستمرار الطويل الأجل .

المبدأ الثامن : تؤكد التدخلات العلاجية على الجوانب الإيجابية ، وتدعم وتحفز الجوانب التي يجب أن يتم تغييرها .

المبدأ التاسع والأخير: يتم تصميم التدخلات العلاجية للارتقاء بالسلوك المسئول وتقليل السلوك غير المسئول .

ودراسات نتائج العلاج متعدد النظم للشباب العنيف والمتسم بالسلوكيات الحادة والمضادة أو المعادية للمجتمع أوضحت أن هذه الطريقة تتفوق على الخدمات العادية وعلى الإرشاد الفردي ، والعلاج الدوائي ، وأهم شئ هو أن العلاج متعدد النظم ثبت أنه يقلل المعدلات الطويلة الأمد للسلوك الإجرامي ، ويعتبر العلاج متعدد النظم علاجاً متوازناً من حيث التكلفة والعائد ؛ حيث إن التكلفة تقدر بخمس التكاليف بالنسبة للتدخلات العلاجية التقليدية .

والدراسات التي تناولت العلاج متعدد النظم لم تميز أو تفرق بين المراهقين الذين يظهرون النمط المستمر مدى الحياة (LCP) وبين المراهقين الذين يظهرون النمط المحدد بمرحلة المراهقة (AL) من حيث السلوكيات المعادية للمجتمع ، ومن الممكن أن يرجع جزء من نجاح العلاج متعدد النظم إلى أن مساعدة المراهقين الذين لديهم النمط المحدد بمرحلة المراهقة يقلل إلى

حد كبير من ارتباطهم بالأقران المنحرفين ، أو عن طريق عمل ذلك ينخفض العمر الذي يكفون فيه أو يمتنعون فيه عن السلوك المنحرف (ماش وولف Mash & Wolfe ، ٢٠٠٧) .

ويرى آلان كازدين (٢٠٠٠) أن هذا الأسلوب العلاجي يمكن استخدامه في العديد من المواقف ، ولذلك يُعد العلاج متعدد النظم مبشراً وواعداً وفعالاً إلى حد كبير إذا ما نظرنا إلى كم وكيف الأدلة المتاحة وثبات النتائج التي تم التوصل إليها ، ويأتي كونه واعداً وفعالاً من فكرة أنه يتناول مجالات أو نظم متعددة ومدى ما تسهم به في اختلال الأداء الوظيفي والعمليات التي تدخل في العلاج وعلاقتها بالنتائج التي تم التوصل إليها ، كذلك فالتراث السيكولوجي يعج بالدراسات التي تتناول العلاج متعدد النظم بما يضمه من فنيات علاجية متعددة مأخوذة من أساليب علاجية أخرى كالتدريب على مهارات حل المشكلات ، وتدرب الوالدين على حسن التصرف مع أبنائهم ، وجميعها تندمج في أسلوب العلاج متعدد النظم أو في الإطار النظري الذي يتعلق به ، وهو ما يزيد من إمكانية الاستفادة من هذا الأسلوب العلاجي .

خامساً : العلاج الدوائي / العلاج بالعقاقير Pharmacotherapy

يهدف هذا الأسلوب العلاجي إلى استخدم العقاقير للسيطرة على السلوك المعادى للمجتمع ، وتم استخدام العديد من الأدوية في علاج اضطراب المسلك والعدوان ، وتضمنت هذه الأدوية المنبهات النفسية Psychostimulants ، والليثيوم Lithium ، والكاربامازبين Carbamazepine ، والريزبريدون Risperidone وذلك على الرغم من أن استخدام هذه الأدوية لم يخضع لتقييم دقيق ، كما تستخدم كربونات الليثيوم Lithium Carbonate ، والهالوبيردول Haloperidol بسبب تأثيرهما

المضاد للسلوك العدواني ، ومما يجب الإشارة إليـه أن فائـدة الأدويـة أو تأثيرها يجب أن يتوازن مع الآثار الجانبية المحتملة لها في حالة العلاجـات الدوائيـة التي تحت المراجعـة أو التي لم تحـظ بالتقييـم الكـافي ، وينبغي أن يقتصر العلاج الدوائي على الحالات الشديدة فقط ، بحيث يستهدف أعراض مرضيـة معينة ولاسيما العدوان (بورك وآخرون .Burke et al ، ٢٠٠٢) .

ويمكن اعتبار العلاج بالأدوية علاج مسـاعد لاضـطراب المسـلك والحالات المرضية المصاحبة له أو المشتركة ، وعلى الرغم من عدم وجود أدوية تم الموافقة عليها بطريقة رسمية لعلاج الاضطراب ، فقد يساعد العلاج الدوائي على علاج أعراض مرضية معينة ، وهنـاك حاجـة لمزيـد مـن الدراسات لتقييم دور العلاج الدوائي بالنسبة لاضـطراب المسـلك ، وعـن طريق تحسين الانتباه ، وزيادة النشاط الكفي Inhibitory Activity قد تساعد الأدوية على تحسين قدرة الأطفال على الاستفادة من التـدخلات العلاجيـة النفسية الاجتماعية الأخرى ، والغالبية العظمـى مـن الدراسـات تتضـمن المرضى الذين لديهم اضطراب المسلك والحالات المرضية المصاحبة له مثل اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، والاكتئاب الرئيسـي أو الجسـيم Depression Major ، ولقـد تـم اسـتخدام الأدويـة المنبهـة Stimulants ومضادات الاكتئاب Antidepressants ، والليثيوم Lithium ، ومضادات التشنج Anticonvulsants ، والكولوندين Clonidine (كاتابرس Catapres) في علاج اضطراب المسلك (كامبل وآخرون Campbell et al. ، ١٩٩٢؛ سيارجت وآخرون .Searight et al ، ٢٠٠١) .

والتدخل العلاجي الأولى المعقول من جانب أطباء الأسرة هـو تعلـيم الوالدين الأساليب الفنية الواضحة والمباشرة والمحددة بخصوص التفـاعلات

أو الاتصالات الواضحة لكي يستخدمونها مع الأطفال الـذين يعـانون مـن اضطراب المسلك (سيج ودايتز Sege & Dietz ، ١٩٩٤) ، وفيما يلـي عرض لأهم الأدوية التي يتم استخدامها في علاج اضطراب المسلك :

- **الأدوية المنبهة :**

يذكر كلين وآخرون Klein et al. (١٩٩٧) أن الأدويـة المنبهـة تشمل الميثيـل فينـديت Methylphenidate (أو الريتـالين Ritalin) ، والديكسـترو أمفيتـامين Dextro Amphetamine (أو الديكسـدرين Dexedrine) وهما من أكثر الأدوية الواعدة أو المبشرة بالخير والمستخدمة في علاج اضطراب المسلك، ومع ذلك لا يوجد إجماع أو اتفاق فـي الآراء بخصوص كفاءة الأدوية المنبهة في علاج اضـطراب المسـلك ، فالأدويـة المنبهة التي تم تقييمها في دراسات صغيرة نسبياً قد بينت أنها فعالـة فـي خفض او تقليل العدوان ، ولاسيما لدى المرضى الذين لديهم اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد كحالة مرضية مشتركة او مصاحبة وذلـك عند مقارنة ذلك بالدواء الوهمي Placebo .

وتوجد نسبة كبيرة تتراوح بين ٦٠% : ٩٠% من الأطفال الذين يـتم تحويلهم للعيادات والذين لديهم اضطراب المسلك يكون لديهم أيضاً اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشـاط الزائد (أبوكـوف وكلـين Abikoff & Klein ، ١٩٩٢) ، والاندفاعية المصـاحبة لاضـطراب نقـص الانتبـاه المصحوب بالنشاط الزائد قد تؤدى إلى بعض السلوكيات العدوانية وغيرهـا من أوجه السلوك التي تصاحب اضطراب المسلك (فريك وآخرون Frick et al. ، ٢٠٠٠) ، وبالإضافة إلى ذلك فإن وجود اضطراب نقص الانتبـاه المصحوب بالنشاط الزائد قد يساهم بطريقـة غيـر مباشـرة فـي حـدوث المشكلات السلوكية من خلال تأثيره على تفاعلات الأطفـال مـع الأقـران

والأفراد الآخرين المهمين كالوالدين والمعلمين أو من خلال تأثيره على قدرة الوالدين على استخدام الاستراتيجيات الفعالة للتنشئة الاجتماعية أو تأثيره على قدرة الطفل على الأداء من الناحية الأكاديمية أو الدراسية (فريك Frick ، ١٩٩٥) ، ولذا فإن تخفيض الأعراض المرضية لاضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يُعد أمراً هاماً بخصوص الهدف العلاجي لكثير من الأطفال والمراهقين ذوى اضطراب المسلك ، ويُعد استخدام الأدوية المنبهة واحداً من العلاجات الأكثر نجاحاً في علاج اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، وفاعلية هذه الأدوية تتمثل في تقليل المشكلات السلوكية عند الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد واضطراب المسلك اتضحت في العديد من التجارب العلاجية التي تم التحكم في نتائجها ، ومن الأدوية التي ثبت فاعليتها دواء الميثيل فينديت (الريتالين) (Methylphenidate (Ritalin ؛ حيث يساعد على خفض السلوكيات المشينة بما في ذلك العدوان اللفظي والبدني والإغاظة أو المضايقة وتدمير الممتلكات ، وتقليل المشكلات السلوكية إلى حد كبير ، وخاصة المشكلات الثانوية المرتبطة باضطراب المسلك ، وفي تحسين العلاقات بالأقران ، وتقليل النزاع مع الوالدين والمعلمين ، وهناك العديد من الاعتبارات الهامة التي يجب وضعها في الاعتبار عند استخدام الأدوية المنبهة في علاج اضطراب المسلك منها أن الأدوية المنبهة تقلل من مشكلات المسلك عند الأطفال الذين لا يوجد لديهم تشخيص مشترك يفيد بوجود اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ،

ومما يجب الإشارة إليه أن التأثير الأساسي للأدوية قد يكون بغرض زيادة استجابة الطفل للتدخلات العلاجية الأخرى بمعنى أنها تجعل الطفل أكثر استجابة للبرامج العلاجية المختلفة .

ويري سيارجت وآخرون Searight et al. (٢٠٠١) أن من أهم الأدوية المنبهة المستخدمة في علاج اضطراب المسلك ما يلي :

١- الميثيل فينديت (الريتالين) (Ritalin) Methylphenidate

الجرعة :

تكون الجرعة بالنسبة للأطفال الذين يبلغون من العمر ٦ سنوات أو أكثر من ٢.٥ - ٥ مجم بعد الإفطار والغذاء ، وتكون الجرعة بحد أقصى ٢ مجم لكل كيلوجرام في اليوم أو ٦٠ مجم في اليوم ، وقد تكون هناك حاجة إلى جرعة إضافية بمقدار ٢,٥ مجم ولا يجب إعطاؤها بعد الساعة الرابعة مساءً .

الآثار الجانبية :

تتمثل الأعراض الجانبية في فقدان الشهية العصبي ، وتأخر في النوم ، وقلق أو عدم ارتياح ، وحدوث أنيميا ، ونقص عدد كرات الدم البيضاء ، وسرعة ضربات القلب .

احتياطات خاصة :

يجب عمل صورة دم كاملة بشكل دوري مع عد لخلايا الدم التي تساعد على تجلطه ، ومراقبة ضغط الدم ، والطول والوزن ، ومتابعة ضربات القلب ، وينبغي التوقف عن الدواء ، ومراقبة مدى الاعتماد .

٢- ديكستروأمفيتامين (ديكسدرين) (Dexedrine) Dextroamphetamine

لا يوصى بالعلاج بالأمفيتامين Amphetamine للأطفال الذين تقل أعمارهم عن ٣ سنوات والأطفال من ٣ - ٥ سنوات تكون الجرعة ٢.٥ مجم في اليوم وتزداد بنسبة ٢.٥ مجم على فترات أسبوعية ، ولا يجب أن تتعدى ٠.٥ مجم لكل كيلوجرام في اليوم ، والأطفال أكبر من ٦ سنوات

تكون الجرعة ٥ مجم ثلاث مرات يومياً ، وتزداد بنسبة ٥ مجم على فترات أسبوعية ، والحد الأقصى للجرعة ٦٠ مجم في اليوم .

الآثار الجانبية :

تتمثل الأعراض الجانبية في فقدان الشهية للطعام ، والاعتماد ، وفرط الحركة ، والتأخير في النوم ، والقلق ، وكثرة الكلام (الرغي أو الثرثرة) ، وسرعة ضربات القلب .

احتياطات خاصة :

يجب متابعة نشاط الجهاز العصبي المركـــزي ، ومراقبـــة الطـــول ، والوزن ، وضغط الدم ، ويمكن أن يحدث التحمل أو الاعتمـــاد ، ولا يجـــب التوقف عن استخدام الدواء فجأة .

- مضادات الاكتئاب :

أظهرت المحاولات والتجارب التي أجريت لتقييم فاعليـــة أو كفـــاءة مدى رسمية البوبروبيـــون Bupropion (ولبتـــرن Wellbutrin) أثنـــاء استخدامه في علاج اضطراب المسلك ، واضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد وجود تحسن في اضطراب المسلك كمـــا هـــو موضـــح فـــي التقارير الوالدية ، واقترحت هذه الدراســـات أن البوبروبيـــون Bupropion كان آمناً وفعـــالاً عند استخدامه ، وكان الفلوكستين Fluoxetine (البروزاك Prozac) مرتبطاً أيضاً بتحسن دال في خفض السلوك العدواني – الاندفاعي Aggressive Behavior Impulsive لدى الراشدين الذين لديهم اضـــطراب الشخصية (كلين وآخرون .Klein et al ، ١٩٩٧) ، وعلى الـــرغم مـــن وجود بعض نقاط الخلاف أو الجدل فهناك خوف من تأثيرات تســـمم القلـــب Cardiotoxic الناتج من استخدام مضادات الاكتئـــاب الثلاثيـــة Tricyclic Antidepressants للأطفال ، كما أن استخدام مثبطات إعـــادة امتصـــاص

الســيروتونين Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRI) قــد تكون مفيدة على نحو خاص في علاج الأطفال الذين يعانون من اضــطراب المسلك والاكتئاب الجسيم Major Depression المصــاحب لــه ، ويــرى سيارجيت وآخرون .Searight et al (٢٠٠١) أن من أهم أدوية الاكتئــاب المستخدمة في علاج اضطراب المسلك ما يلي :

١- بوبروبيون (ولبترن) Bupropion (Wellbutrin)

الجرعة :

تكون الجرعة من ٥٠ – ١٥٠ مجم كل يوم ، وبالنسبة للأطفال الذين تزيد أعمارهم عن ٦ سنوات ، وكذلك المراهقون من ١.٤ – ٦ مجـم لكــل كيلو جرام في اليوم وذلك في جرعات مقسمة مرتين أو ثلاث مرات .

الآثار الجانبية :

تتمثل الأعراض الجانبية في حدوث تهيج ، وقلق ، وارتباك ، وأرق ، وصداع نصفي ، وغثيان ، وقيئ ، وقلة وصول الدم إلى المخ .

٢- فلوكستين (بروزاك) Fluoxetine (Prozac)

الجرعة :

تكون الجرعة من ٥ – ٢٠ مجم كل يوم ، والحد الأقصــى للجرعــة للكبار هو ٨٠ مجم في اليوم ، ولا توجد معلومات عن جرعة الأطفال الذين تقل أعمارهم عن ٥ سنوات .

الآثار الجانبية :

تتمثل الأعراض الجانبية في حدوث قلق ، ودوخة ، ودوران ، وتعب وصداع ، وأرق ، وعصبية ، وفقدان الشهية للطعام ، وإســهال ، وعســر هضم ، وحدوث هزة أو رجفة .

- **مضادات التشنج :**

الليثيوم ومضادات التشنج Lithium & Anticonvulsants

الليثيوم دواء منشط نفسياً له خواص مضادة للعدوان ، وقد أوضحت النتائج المستمدة من العديد من الدراسات انخفاض العدوان بعد تعاطي الليثيوم ويتطلب تعاطي الليثيوم مراقبة منتظمة لمستوى الدم لتقدير نسبة السمية المحتملة أو الممكنة ، وينبغي التأكد من نسبة السمية مرتين في الأسبوع إلى أن تصبح الحالة الكلينيكية مستقرة مع المراجعات الشهرية بعد ذلك ، والمراقبة والسمية المرتبطة بالعلاج بالليثيوم يحدا من استخدام هذا الدواء ، كما أن مضادات التشنج أيضاً تقلل السلوك العدواني (كيوفا وآخرون Cueva et al. ، ١٩٩٦) ، ومن أهم مضادات التشنج المستخدمة في علاج اضطراب المسلك ما يلي :

١- فينوتون (ديلانتين) Phenytoin (Dilantin)

الجرعة :

تكون الجرعة ٥ مجم لكل كيلوجرام يومياً وذلك في جرعتين إلى ثلاث جرعات مقسمة ، والحد الأقصى للجرعة ٣٠٠ مجم في اليوم .

الآثار الجانبية :

تتمثل الأعراض الجانبية في حدوث دوخة أو دوار ، وحدوث تغييرات طبية نفسية ، وكلام غير واضح وإمساك وأرق وقئ والتهاب في اللثة .

احتياطات خاصة :

عمل صورة دم كاملة بشكل دوري مع عد لخلايا الدم التي تساعد على تجلطه ومراقبة إنزيمات الكبد .

٢- كاربامازبين (تيجريتـول) Carbamazepine (Tegretol)

الجرعة :

تكون الجرعة في حالة الأطفال أقل من ٦ سنوات من ١٠ - ٢٠ مجم لكل كيلو جرام يومياً وذلك في جرعتين إلى ثلاث جرعات مقسمة ، والحد الأقصى للجرعة هو ٣٥ مجم لكل كيلوجرام يومياً ، ومن عمر ٦ - ١٢ سنة تكون الجرعة ١٠٠ مجم على فترات أسبوعية ، والحد الأقصى للجرعة هو ١٠٠٠ مجم في اليوم .

الآثار الجانبية :

تتمثل الأعراض الجانبية في ضعف التآزر الحركي ودوخة وإسهال وإمساك .

احتياطات خاصة :

يجب عمل صورة دم كاملة بشكل دوري مع عد لخلايا الدم التي تساعد على تجلطه (الصفائح الدموية) وعمل اختبارات وظائف الكبد كاملة وهرمون الغدة الدرقية (TSH) .

٣- حمض الفالبوريك (ديباكين) Valproic Acid (Depakene)

الجرعة :

تكون الجرعة من ١٠ - ١٥ مجم لكل كيلوجرام يومياً جرعة واحدة أو موزعة على أكثر من جرعة ، وتزداد بنسبة ٥ - ١٠ مجم لكل كيلوجرام يومياً على فترات أسبوعية .

الآثار الجانبية :

تتمثل الأعراض الجانبية في حدوث دوخة وإمساك وإسهال وتراخي وكسل أو خمول وحرقان في القلب وغثيان وقئ ، وتهيج في الجلد .

احتياطات خاصة :

يجب عمل صورة دم كاملة بشكل دوري مع عد لخلايا الدم التي

تساعد على التجلط ، وعمل تحاليل وظائف الكبد كاملة .

أدوية أخرى :

١- الليثيوم Lithium

الجرعة :

بالنسبة للأطفال : تكون الجرعة من ١٥ - ٦٠ مجم لكل كيلو جرام يومياً وذلك في ثلاث أو أربع جرعات مقسمة .

بالنسبة للمراهقين : تكون الجرعة من ٦٠٠ - ١٨٠٠ مجم في اليوم وذلك في ثلاث أو أربع جرعات مقسمة .

الآثار الجانبية :

تتمثل الأعراض الجانبية في حدوث دوخة أو دوار ، ورعشة خفيفة باليد ، وصداع ، وانخفاض ضغط الدم ، وفقدان الشهية ، وإسهال ، وجفاف الحلق ، وأرق ، وقئ ، وزيادة في إدرار البول .

احتياطات خاصة :

يجب حساب تركيز نسبة الليثيوم في الدم كل أسبوعين ، وعندما تستقر النسبة يتم حساب النسبة كل شهر ثم كل ٣ شهور ، وحساب نسبة الكرياتنين Creatinine في الدم ، وعمل صورة دم كاملة ، وتحليل البول ، وحساب نسبة السكر في الدم صائم .

٢- الكلوندين (كاتابرس) Clonidine (Catapres)

الجرعة :

تكون الجرعة نصف مجم يومياً ، وتزداد الجرعة كل ٣ أيام إلى ٧ أيام بنسبة ٠,٥ مجم لكل كيلوجرام يومياً وتوزع الجرعة في ثلاث أو أربع مرات .

الآثار الجانبية :

تتمثل الأعراض الجانبية في حدوث دوخة أو دوار ، وخمول ، وإمساك ، وجفاف في الحلق ، انخفاض معدل ضربات القلب .

احتياطات خاصة :

يجب حساب تركيز نسبة الليثيوم في الدم كل أسبوعين ، وعندما تستقر النسبة يتم حساب النسبة كل شهر ثم كل ٣ شهور ، وحساب نسبة الكرياتنين Creatinine في الدم ، وعمل صورة دم كاملة ، وتحليل البول ، وحساب نسبة السكر في الدم صائم ، وعمل رسم قلب .

٣- الكلوندين : Clonidine

أظهرت نتائج العديد من الدراسات وجود انخفاض دال في الاندفاع والنوبات العدوانية عند استخدام الكلوندين في العلاج، ولكن الآثار الجانبية التي تتمثل في الدوخة ، وانخفاض ضغط الدم ، والنبض البطئ (انخفاض عدد دقات القلب) ، والاكتئاب تحد من استخدام الدواء ، والأعراض الجانبية الثلاثة المتمثلة في الدوخة ، وانخفاض ضغط الدم ، والنبض البطئ يتم التخلص منها بتقليل الجرعة ، وينبغي مراقبة الأفراد الذين يتعاطون هذا العقار بدقة بسبب الأعراض المرضية المتمثلة في الاكتئاب ، والخمول بدرجة أكثر من اللازم (كيمف وآخرون .Kemph et al ، ١٩٩٣ ؛ كونور Connor ، ١٩٩٨) .

سادساً : العلاج المعرفي Cognitive Therapy

يركز هذا الأسلوب العلاجي على العمليات المعرفية المختلفة ، وكذلك المهارات المعرفية اللازمة لحل المشكلات البينشخصية المتعلقة بالسلوك الاجتماعي ، وتشير نتائج عدد من الدراسات أن العمليات المعرفية المرتبطة بالسلوك العدواني أظهرت وجود تحيزاً معرفياً من الممكن أن يشكل العامل

الأساسي للسلوك المعادى للمجتمع ، وأن الأولاد العدوانيين يفسرون الأعمال الغامضة أو المبهمة (على سبيل المثال اصطدام أحد الأشخاص بك وأنت تقف في طابور) على أنها أعمال عدوانية ، وهذه النظرة التحيزية تجعل هؤلاء الأطفال ينتقمون بعدوانية للأعمال التي قد لا يقصد منها الاستفزاز الأمر الذي يثير أقرانهم ، ومن ثم ينوون الاعتداء عليهم مما يزيد من غضب الأولاد العدوانيين ، وهذه الدورة يمكن أن تؤدى إلى النبذ من جانب الأقران وتؤدى إلى مزيد من العدوان .

ويؤكد العلاج المعرفي السلوكي بدرجة كبيرة على تكنيكات معرفية معينة يتم تصميمها لإحداث تغييرات فى التفكير ، وبالتالي إحداث تغييرات في السلوك أو الحالة المزاجية ، ويتضمن العلاج المعرفي السلوكي للأطفال والمراهقين عادة سلسلة من الإجراءات القائمة على أداء السلوك ويركز عادة على الأسرة والمدرسة في العلاج ، وربما يتضمن العمل الفردي ، والجلسات الجماعية أو كلاهما ، وتختلف طول فترة العلاج ، وتعتمد على حدة أو شدة المصاعب أو المشكلات التي يمر بها الأفراد ، والبرامج العلاجية للأطفال والمراهقين الذين يعانون من اضطراب المسلك تعتبر طويلة غالباً ، وقد تستغرق ٢٥ - ٣٠ جلسة شهرياً ، ويكون المعالج في هذه الجلسات نشيطاً ومتعاوناً ويحاول أن يطور علاقة تعاونية تحفز الطفل على أن يفكر ويسلك ، ويهدف هذا الأسلوب العلاجي إلى إعطاء الطفل الفرصة بأن يجرب الأشياء ويطور مهارات جديدة ، وبالنسبة للأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك والعدوان فإن العلاج المعرفي السلوكي له تأثير قوى على المعارف الاجتماعية وحل المشكلات البينشخصية .

وفي العلاج المعرفي السلوكي لهذا النوع من المشكلات يتعلم الطفل أن يراجع الإجابات على سلسلة من الأسئلة قبل البدء في العلاج ، وتتضمن هذه

الأسئلة الأشياء التي أدت إلى هذا الموقف ، وكذلك ما حدث فيه بالإضافة إلى النتائج طويلة الأجل والنتائج قصيرة الأجل للإجابة التي قد تصدر من الشخص وربما يمارس الطفل مهارة المراجعة المعرفية عن طريق الاستماع أولاً عندما يراجع المدرب أو المعالج الأفكار الملائمة لموقف معين ، وبعد ذلك يقوم بعمل بروفة لفظية للأفكار الملائمة بنفسه ، وعندما يتعلم الأطفال أن يطبقوا هذه الطريقة في مواقف أخرى يتم تعليمهم أن يذكروا أو يعلنوا أفكارهم بصوت عالي أو على الملأ ، فمثلاً قد يتم تعليم الطفل أن يستخدم الإجراء التالي المتعلق بالتفكير بصوت عالي عندما يجد أن قلمه الرصاص قد ضاع منه .

" آه... إن قلمي الرصاص ضاع ، ولا أستطيع أن أعثر عليه ، أنني أرى أن رونالد Ronald أخذه ، والآن قبل أن أذهب وأستعيده منه ، عليَّ أن أفكر فيما حدث ، وسأفعل ذلك بصوت مرتفع كما أخبرني قائدي في المهارات ، دعنا نرى ، فأولاً سأقول لنفسي ماذا حدث ؟ " ، حسناً ، أنني فقدت قلمي الرصاص وهو الآن مع رونالد ، ومن الممكن أن يكون رونالد قد سرقه ، أو ربما وجده ويستعمله ، أو ربما أنه لا يعرف أن هذا القلم قلمي ، أنني أتساءل ما الذي يفكر فيه رونالد ؟ أعتقد إنه بإمكاني أن أسأله ، وأنني لست متأكداً أي من هذه الطرق هو الصحيح ، ولكنني لا أريد أن أدخل في شجار معه ، وسأفضل أن أبقى صديقاً لرونالد ، لأننا نلعب كرة السلة معاً ، ولذا سأعطيه فائدة أو ميزة الشك فربما قد وجده وسأذهب وأطلب منه أن يعيده لي " (ماك برابر وآخرون McBrayer et al. ، ٢٠٠٣) .

وهذا النوع من الطرق لكي يكون فعالاً ومؤثراً يجب أن يكون لدى الطفل علاقة عمل تتسم بالدفء والود مع الكلينيكي أو أي شخص آخر والذي

يمكن معه عمل سلسلة من اللقاءات الاجتماعية الموجبة ، ويجب أن تحـدث المواجهات أو اللقاءات الاجتماعية مراراً وتكراراً لكي نوضـح للطفـل أن توقعاته السلبية الأولية لم تكن دقيقة ، وحتى بعد ذلك فقد يكون من الصـعب على الطفل أن يعمم التجربة على أفراد آخرين وعلـى وجـه الخصـوص الأقران .

وتستخدم معظم برامج تدريب الوالدين الطرق السـلوكية أو المـنهج السلوكي ، وهذه الطرق يتم تصميمها لتساعد في منع التفاعلات القسـرية أو القهرية بين الوالدين والأطفال ، وتفيد بدرجة كبيرة جداً مع الأطفـال فـي مرحلة ما قبل المدرسة ، وأطفال المدرسة الابتدائية ، ويكـون العمـل مـع الأطفال والوالدين هاماً على نحو خاص في منع اضطراب المسلك ، وفـي دراسة تناولت الأطفال الذين تتراوح أعمارهم من ٤ – ٨ سنوات الذين لديهم حدوث مبكر لمشكلات المسلك تم تقييم العديد من أنواع التدخلات العلاجية ، وهذه التدخلات تضمنت تدريب الوالدين فقط ، وتدريب الطفل فقط ، وتدريب الوالدين والطفل معاً ، وعلى الرغم من أن كل علاج من هذه العلاجات كان أكثر فاعلية مقارنة بأفراد المجموعة الضابطة فإن المجموعة التي تـم فيهـا دمج تدريب الطفل مع تدريب الوالدين قد أسفرت عن أكبر قدر من التحسـن الدال في سلوك الطفل ، ومثل هذه النتائج توضح أن العمل مع الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك أو أي سلوك مشين آخر لم يكن فعالاً تقريباً كالعمل مع الأطفال والوالدين معاً ، والتحسن في المهارات الوالدية كان عاملاً مهماً في تقليل مشكلات المسلك ، ولاسيما لدى الأطفال الصغار .

سابعاً : التدريب على ضبط (السيطرة على) الغضـب Anger-Control Training

يُعد التدريب على ضبط الغضـب طريقـة واعـدة لتعلـيم الأطفـال

العدوانيين ضبط النفس في المواقف المسببة للغضب والاستفزاز ، وفي هذه الطريقة يتم تعليم الأطفال أن يتحملوا الهجوم اللفظي بدون الرد بطريقة عدوانية وذلك باستخدام أساليب التشتت أو صرف الانتباه مثل التمتمة بنغمة أو لحن ، وقول أشياء مهدئة لأنفسهم أو الابتعاد أو الهروب عن هذه المواقف ثم يمارس الأطفال هذه الطرق المتعلقة بضبط الذات أثناء استفزاز صديق لهم أو إهانته لهم .

وتم تطوير سلسلة من طرائق العلاج المعرفي السلوكي تركز على الفهم المشوه للأحداث الاجتماعية التي يجربها أو يمر بها الأطفال ذوى اضطراب المسلك ، كما تركز أيضاً على تعديل وتوسيع عمليات التقدير البينشخصى للطفل حتى يمكن للأطفال أن يطوروا فهماً أكثر رقياً للمعتقدات والرغبات عند الآخرين بالإضافة إلى تحسين قدرة الطفل على تنظيم أو ضبط استجابته النفسية أو الاجتماعية ، والمكون الأساسي في العلاج المعرفي السلوكي هو حل المشكلات ، ويحاول التدريب على مهارات حل المشكلات أن يعالج أوجه العجز في قدرات تشغيل حل المشكلات المعرفية التي توجد غالباً لدى الأطفال والمراهقين العدوانيين ، وتدريب الأطفال على حل المشكلات يساعدهم على التعامل مع المشكلات الخارجية التي تستفزهم سلوكياً ، ويتم أولاً تشجيع الطفل على أن يحدد مشكلة قابلة للحل ثم يقوم بإيجاد أكبر قدر ممكن من الحلول الممكنة ، ويتم اختيار أفضل حل ، ويتم تحديد الخطوات لتنفيذ هذا الحل الذي يجربه الطفل ، وبعد ذلك يتم تقييم العملية بأكملها .

ويرى باركلي Barkley (٢٠٠٣) أن التدريب العملي من أجل التحكم في الغضب يتفوق بدرجة واضحة على العلاج الذي يؤكد فقط على

العناصر المعرفية وحدها ، وتبدأ الجلسات العلاجية لترويض الغضب بـأن يطلب المعالجون النفسيون من الأطفال الإفصاح عن العبارات التي يستخدمها الرفاق التي تسبب لهم الإغاظة ، والاستفزاز ، ويقوم الأطفال بكتابة هذه العبارات أو ذكرها ، ومثل هذا الإفصاح الصريح قد يؤدى إلى الإحراج أو السخرية ، ولكن وجود جو يتسم بالثقة في الجماعة أو المعالج يساعدهم في التغلب على هذه المشاعر ، وبعد ذلك يقوم المعالج بتوضيح كيفية استخدام هذه العبارات في المساعدة على السيطرة على الذات ، ثم يبدأ المعالج بسؤال الأطفال عن اقتراحاتهم حول أنسب الطرق للتصرف مع هذه المشكلة وبعد ذلك يقدم اثنان من المرشدين بالاشتراك مع بعضهما مناقشة ساخرة بطريقة تبدو عفوية ، ولكن تم التخطيط لها من قبل ، ويتجاوب المرشد القائم بدور الضحية في هذه المناقشة بطريقة عدائية لفظية في أول الأمر ، والهدف هنا هو إثارة دهشة الأطفال وتحفيزهم على مناقشة ما حدث وأن يقوموا بذكر الأسلوب الأفضل الذي كان بإمكان المرشد الذي تمت إغاظته أن يفعله ، وتتكرر هذه المناقشة والمجادلة عدة مرات بهدف إدخال مقترحات الأطفال من أجل المزيد من السيطرة على النفس من جانب الشخص الذي يكون ضحية العمل الاستفزازي ، ويمكن استخدام طريقتان لترويض الغضب هما :

- أن يكظم الفرد غضبه في داخله .
- أن يوجه الفرد الغضب نحو نفسه .

وترى يونج Young (٢٠٠٢) أنه يجب إدخال طرائق متعددة لترويض الغضب ، على سبيل المثال التحدث في المشكلات مع الأصدقاء ، والابتعاد عن مصدر الاستفزاز أو المضايقة ، وإعادة بناء أو تركيب موقف من الناحية المعرفية ، ومع ذلك فربما لا يكون لدى الأفراد الذين يعانون من الاضطراب التأييد أو المساندة الاجتماعية المتاحة أو المتوفرة للاستعانة بها

في المشكلات الشخصية ، ومن المهم للمعالج أن يتعرف على مشاعر الأفراد أثناء الاضطراب ، وسيكون ذلك مهماً على نحو خاص عندما يطلب منهم إعادة صياغة موقف ما بطريقة معرفية ، فالأفراد الذين يعانون من الاضطراب ، تعلموا أن العالم المحيط بهم يمثل تهديداً لهم وأن الناس معادين لهم ؛ لذا ينبغي على المعالج تعليم هؤلاء الأفراد أن يفكروا ويواجهوا التشوهات المعرفية ويتصدون لها على سبيل المثال " يكرهني الناس " ، " يستفزني الناس " كما يجب أن تتوالد الأفكار البديلة على سبيل المثال " ربما يكون الشخص لديه مشكلات شخصية ، وربما يكون مشغولاً ، ويكون من المفيد تعليم هؤلاء الأفراد أساليب المراقبة الذاتية والتنظيم الذاتي لانفعالاتهم ، وقدرتهم على تحديد النقطة التي يصبحون فيها مثارين بدرجة كبيرة ، وينبغي تشجيعهم على الاشتراك في الاستراتيجيات المضادة .

ومعظم الطرق التي تم وصفها حالياً هي طرق وقائية تركز في المقام الأول على الأطفال الصغار الذين لم يظهروا حتى الآن سلوكاً إجرامياً أو انحرافياً خطيراً ، وبمجرد أن يحتك الأطفال أو المراهقين ذوى اضطراب المسلك بالشرطة والمحاكم يصبح من الصعب بدرجة كبيرة جداً أن نعيد توجههم إلى الطرق الحياتية الملزمة بمعايير المجتمع والسلوك الحميد ، وهذا يؤكد أو يثير نقطة في غاية الأهمية وهى أن تفادى الاحتكاك بالشرطة والمحاكم يعتبر ضرورياً للنجاح في علاج الأفراد المنحرفين .

وقارن عدد من الباحثين بين أنواع متعددة من العلاجات تحتوى جميعها على العنصر المشترك المتمثل في إيجاد شريك أو زميل (طالب بالجامعة) يتواجد مع منحرف حدث لمدة تتراوح من ست إلى ثمان ساعات في الأسبوع ، ووجدوا أن المحتوى النوعي لهذه اللقاءات أو الاجتماعات (التعاقد السلوكي مقابل التركيز على المشاركة الوجدانية ، والنظرة الإيجابية

التي لا تتضمن شروط ومهارات الاتصال) كان أقل أهمية من عامل الابتعاد عن المحاكم ، بل وحتى العلاج الخفيف أو غير القوى الذي يتضمن إشراف ضئيل أو بسيط عن طريق الطلبة المتطوعين في الكليات كان أفضل من العلاج الأكثر صرامة ودقة ؛ حيث تم الإشراف داخل مبنى المحكمة وبواسطة موظف بالمحكمة يتابع الحالة على الرغم من أن الأحداث لم يكن لديهم أي اتصال بالمحكمة أثناء العلاج .

ثامناً : التحويل للعلاج التخصصي :

على الرغم من أن الحالات المعتدلة والأولية لاضطراب المسلك يتم علاجها بطريقة فعالة بواسطة أطباء الأسرة فإن الكثير من الأطفال والمراهقين الذين يعانون من اضطراب المسلك يحتاجون إلى علاج تخصصي في عيادات الصحة النفسية ، وعلاوة على ذلك فهناك دائماً قضايا أسرية كبيرة وأوجه خلل تساهم في أو تحد من مشكلة المريض ، ولذا فإن العلاج الأسرى هو العلاج المختار وهو علاج فعال ويحتاج إلى التوافق بين الوالدين ، وخفض أو تقليل الصراع أو النزاع ، وتشجيع الوالدين على أن يتولوا مهمة التأديب أو التهذيب ووضع القواعد مع استثمار الموارد المتاحة في البيئة الطبيعية للمريض الأمر الذي يمكن أطباء الأسرة من تحديد المستوى الملائم للخدمة التي يحتاجها هؤلاء المرضى ، وعندما لا يتوافر مقدمو الرعاية من الأفراد الكبار أو لا يستطيعون أن يقدموا درجة الإشراف والرعاية المطلوبة ، فإن العلاج الذي يتطلب الإقامة في المستشفي يكون ضرورياً ، وينبغي على أطباء الأسرة الذين يكتبون الوصفات الطبية والأدوية لعلاج اضطراب المسلك أو الحالات المرضية المصاحبة له أن يكونوا على اتصال مستمر مع الأخصائيين الآخرين الذين يعالجون هؤلاء الأفراد .

وأطباء الأسرة هم غالباً الأخصائيون الأساسيون الذين تستشيرهم الأسرة التي بها أطفال لديهم اضطراب المسلك ، وخلال هذه الزيارات ينبغي على هؤلاء الأطباء أن يؤكدوا على خطورة سلوك المريض ، وإمكانية سير المرض الردئ على المدى الطويل ، وذلك إذا لم يكن هناك أي تدخل علاجي من جانب الوالدين ، فأهل الأطفال الذين يعانون من اضطراب المسلك هم أكثر احتمالاً لأن يظهروا الاكتئاب ، وسوء استخدام المادة ، وسمات الشخصية المعادية للمجتمع ، وهذه الاضطرابات الوالدية تؤثر على المشكلات السلوكية للأطفال ، وعلى الرغم من أن آباء الأطفال ذوى اضطراب المسلك يكون لديهم غالباً مشكلات اجتماعية قانونية خاصة بهم ، فإنهم لا يريدون لأطفالهم أن يكون لهم حياة مشابهة لحياتهم .

ويتناول كازدين Kazdin (٢٠٠٤) الخطوط الإرشادية الأساسية للتدخل العلاجي بالنسبة لأطباء الأسرة أو التدخلات العلاجية العملية لعلاج اضطراب المسلك فيما يلي :

- قم بتقدير الحدة أو الشدة ، وبناء على ذلك قم بالتحويل للعلاج مع الأخصائي الفرعي كلما دعت الحاجة إلى ذلك مع علاج سوء استخدام المادة أولاً والذي يأتي كحالة مرضية مشتركة أو مصاحبة .
- قم بوصف التكهن الطويل الأمد المحتمل بدون تدخل علاجي لمقدم الرعاية أو ولى الأمر .
- قم بتخطيط أنشطة للأطفال ، وقم بتنفيذ الخطوط الإرشادية للسلوكيات المتسقة أو المتوافقة .
- قم بالتأكيد على مراقبة الوالدين لأنشطة الأطفال (واعرف أماكن تواجدهم ومع من يتواجدون) وقم بتشجيع تنفيذ حظر التجول أو عدم الخروج .

- قم بتشجيع الأطفال على الاشتراك في أنشطة مخططة مسبقاً ، ويتم الإشراف عليها ، وذلك فيما يتعلق بأنشطة الأقران أو الرفاق على سبيل المثال الرياضات المنظمة والكشافة .
- ناقش وأعرض أساليب الاتصالات الواضحة والمحددة للوالدين .
- ساعد مقدمي الرعاية أو الوالدين على أن يضعوا أو يحددوا مكافآت ملائمة للسلوك المرغوب فيه .
- ساعد في إقامة أو تحديد نتائج واقعية مع توصيلها بوضوح وذلك فيما يتعلق بعدم الامتثال .
- ساعد على تحديد أو إنشاء روتين يومي لنشاط اللعب الموجه للطفل مع الوالدين أو أحدهما .
- فكر في العلاج الدوائي بالنسبة للأطفال العدوانيين بدرجة عالية أو الاندفاعيين أو كلاهما ، أو الذين لديهم اضطراب المسلك .

تاسعاً : برامج إدارة الضبط أو التوافق :

Contingency Management Programs

يركز هذا المدخل العلاجي بدرجة مباشرة على الاعتقاد بأن كثيراً من الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك يأتون من أسر تفتقد التنشئة الاجتماعية السليمة أو يأتون من بيئات اجتماعية ناقصة لم تقدم أو لم توفر أساليب التنشئة الاجتماعية المثلى أو الملائمة للطفل ، فتجربة التنشئة الاجتماعية الرديئة هي المسئولة عن عدم القدرة على ضبط أو تعديل السلوك (على سبيل المثال عدم الامتثال للتوقعات الوالدية أو المجتمعية) (باترسون Patterson ، ١٩٩٦) ، ويتم تصميم نظام لإدارة أو ضبط السلوك للتغلب على أوجه العجز أو النقائص في عملية التنشئة الاجتماعية ، وهناك مبرر أو سبب عقلاني آخر يتفق مع البحوث الحالية هو أن بعض الأطفال الذين

يعانون من اضطراب المسلك لديهم قابلية مزاجية تجعلهم أكثر عرضة لعدم القدرة على التوافق ، فعلى سبيل المثال ربما يركزون بشدة على النتائج الإيجابية الممكنة لسلوكهم (مثل الحصول على أو سرقة شيء ما) إلى حد أنهم لا يفكرون في النتائج السلبية الممكنة (على سبيل المثال القبض عليهم نتيجة للسرقة أو التأثير على رزق أو دخل صاحب المحل) (لوبير وكوي Loeber & Coie ، ٢٠٠٤) .

ويرى فريك Frick (٢٠٠١) أن التركيب الأساسي لبرامج إدارة أو ضبط التوافق يعتبر بسيطاً بدرجة خادعة ، وهذه البرامج تتضمن ما يلي :

أ- تحديد أهداف سلوكية واضحة تعمل على تشكيل سلوك الطفل تدريجياً في مجالات ذات اهتمام معين .

ب- تطوير نظام لمراقبة ما إذا كان الطفل من الممكن أن يصل إلى هذه الأهداف .

جـ- وجود نظام لتقوية أو تعزيز الخطوات الملائمة نحو الوصول إلى هذه الأهداف .

د- تقديم نتائج السلوك .

وهذه البرامج تُحدث تغييرات سلوكية بالنسبة للأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك في البيت ، وفي المدرسة ، وفي مراكز العلاج التي يقيمون فيها .

وعلى الرغم من أن برامج إدارة أو ضبط السلوك تبدو بسيطة ومباشرة إلا أن الكثير منها لا يستخدم بطريقة فعالة فمثلاً تحتاج هذه البرامج أن تكون فردية وذلك فيما يتعلق باختيار الأهداف المناسبة للطفل والمعززات وأساليب العقاب التي ستحفز كل طفل ، وبالإضافة إلى ذلك فإن كثيراً من البرامج لا تحدد الأهداف بطريقة من شأنها أن تسمح بوجود مراقبة منتظمة

لمعرفة كيفية تحقيق الطفل لهذه الأهداف ، وعلاوة على ذلك فإن الكثير من هذه النظم يتم استخدامها عادة بدرجة أساسية في التعلم السلوكي أو ضبط السلوك ، والنتائج السلبية للسلوك غير الملائم يتم تقديمها (على سبيل المثال يتم خصم درجات عن سوء السلوك ، ويؤدى التشاجر إلى عزلة إجبارية) ، كما يوجد ميكانيزم للتشجيع بطريقة منظمة على التعبيرات السلوكية الموجبة (على سبيل المثال يتم إضافة درجات من أجل التعبير الملائم عن الغضب وعن التفاعلات الاجتماعية السليمة مع الأقران أو عن التعليقات المحترمة مع الكبار) .

خلاصة القول إن هذه البرامج تحدد أهداف سلوكية واضحة تعمل بالتدريج على تشكيل سلوك الطفل مع وجود نظام لمراقبة ما إذا كان الطفل من الممكن أن يصل إلى هذه الأهداف أم لا مع تحفيز وتعزيز التغييرات السلوكية الممكنة .

أوجه القصور (التحديات) المتعلقة بطرائق العلاج :

يرى عدد كبير من الباحثين (روتر Rutter ، ٢٠٠٤ ؛ سيمنوف Simonoff ، ٢٠٠٤ ؛ كوفمان وآخرون Kaufman et al. ، ٢٠٠٥ ؛ ماثيوس ولوكمان Matthys & Lochman ، ٢٠١٠) أنه على الرغم من أن التدخلات العلاجية التي تستخدم لعلاج اضطراب المسلك قد أثبتت فاعليتها في تقليل المشكلات السلوكية المرتبطة باضطراب المسلك إلا أن هذه التدخلات لها العديد من أوجه القصور التي تتمثل في :

١- أن نسبة كبيرة من الأطفال ذوى اضطراب المسلك لا يظهرون تحسناً أو استجابة لهذه التدخلات العلاجية ، وبالنسبة للأطفال الذين يستجيبون لهذه العلاجات فإن المشكلات السلوكية لا يتم خفضها أو التقليل من حدتها غالباً لتصل إلى المستوى المنشود .

٢- أن أكبر درجة من التحسن تحدث لدى الأطفال الأصغر سناً (قبل سن الثامنة) ، والذين لديهم اضطرابات سلوكية أقل حدة ، وعلى الرغم من أن هذه النتيجة تلقى الضوء على الحاجة إلى التركيز على منع اضطراب المسلك لدى الأطفال الصغار الذين يُظهرون السلوكيات المسببة للمشكلات ، فإنها تقترح أيضاً أن هناك حاجة ماسة لتحسينات أفضل بالنسبة للأطفال الأكبر سناً والمراهقين الذين لديهم مشكلات أكثر حدة في المسلك .

٣- مع وجود بعض الاستثناءات الملحوظة فإن القدرة على تعميم نتائج العلاج عبر المواقع تتجه إلى أن تكون رديئة بمعنى أن العلاجات التي تغير بطريقة فعالة من سلوك الطفل في مكان ما (على سبيل المثال عيادات الصحة النفسية) لا تحدث غالباً تغييرات في سلوك الطفل في مواقع أخرى (على سبيل المثال المدارس) .

٤- مع وجود بعض الاستثناءات أيضاً التي يمكن ملاحظتها فإن التحسينات التي تحدث في سلوك الأطفال ذوى اضطراب المسلك من الصعب الاستمرار فيها مع مرور الوقت ، وهذا يبدو حقيقياً بدرجة خاصة مع الأطفال الأكبر سناً الذين لديهم مشكلات سلوكية حادة ، والأطفال الذين ينحدرون من بيئات أسرية مختلة إلى حد كبير .

٥- الدراسات التي تم الاستشهاد بها قد اختلفت فيما يتعلق بمناهج البحث ، وبالتالي يجب توخي الحذر عند التقدير مباشرة على العينات السكانية الكلينيكية .

٦- لم يتم تناول أو مناقشة عوامل المخاطرة البيولوجية ، وهذه العوامل تشمل النتائج التركيبية أو الوظيفية المتعلقة بالأعصاب

على سبيل المثال أوجه العجز في الفص الأمامي للمخ ، والمتغيرات الفسيولوجية العصبية التي تتمثل في الدور الذي تقوم به الموصلات العصبية ، والمتغيرات الفسيولوجية النفسية ، مثل المعدل البطيء لضربات القلب ، والإثارة المنخفضة عن الحد الطبيعي .

وتجاهلت الأساليب العلاجية التي اهتمت بعلاج اضطراب المسلك سمتين هامتين من سمات الأطفال ذوى اضطراب المسلك ، والتي كانت ضمن التركيز أو التأكيد لهدف البحوث الحديثة جداً في هذا الصدد ، وهما :

١- تقترح غالبية البحوث أن اضطراب المسلك يتم تحديده بطرائق متعددة ، فبالنسبة لمعظم الأطفال والمراهقين الذين ينشأ لديهم الاضطراب فإنه يكون نتيجة نهائية لتفاعل معقد بين أنواع مختلفة كثيرة لميكانيزمات سببية تتضمن القابلية الفردية (على سبيل المثال التحكم الرديء في الاندفاع ، والذكاء المتدني) ، ومشكلات في البيئة التي تربوا فيها (على سبيل المثال التأديب أو التهذيب الرديء أو القاسي من جانب الوالدين ، أو الحالة المرضية النفسية للوالدين) ، والمنغصات أو مسببات الضغوط والمشقة في البيئة الاجتماعية التي يعيشون فيها (على سبيل المثال الإقامة في أحياء فقيرة تنتشر فيها الجريمة بدرجة عالية) (فريك Frick ، ١٩٩٨) ، وعلاوة على ذلك فإن الميكانيزمات السببية لا تعمل بطريقة مستقلة عن بعضها البعض ، ولكنها تعمل عادة بطريقة تعتمد على بعضها البعض أو بطريقة تبادلية فعلى سبيل المثال فإن الطفل المندفع قد يكون صعباً على والديه بدرجة أكبر من الطفل الذي لديه تنظيم سلوكي وانفعالي أفضل ، ومع ذلك فإن الحاجة إلى مزيد من الأسلوب الوالدي الفعال لمنع حدوث

المشكلات السلوكية الحادة من المحتمل أن يكون أكبر بالنسبة للطفل المندفع (كولدر وآخرون Colder et al. ، ١٩٩٧) .

ومما يجب الإشارة إليه أن نتائج العديد من البحوث الحديثة أوضحت أن مثل هذه التدخلات العلاجية التي تجمع بين تدريب الوالدين على إدارة الأسرة أو على حسن التصرف (PMT) ، والتدريب على المهارات السلوكية المعرفية (CBST) تكون عادة أكثر تأثيراً وفاعلية من التجارب التي تستخدم أي من الطريقتين بمعزل عن بعضهما البعض .

٢- تقترح البحوث أن الأطفال والمراهقين ذوى اضطراب المسلك يمثلون مجموعة غير متجانسة فيما يتعلق بأسباب مشكلاتهم السلوكية ، ويبدو أن هناك مسارات سببية متعددة لحدوث اضطراب المسلك ، وكل مسار له عوامل سببية محددة ، وله أيضاً ميكانيزمات لا نظير لها أو فريدة من نوعها تلعب أدواراً هامة جداً في حدوث السلوك العدواني والمضاد للمجتمع عند الطفل ، ونتيجة لذلك فإن أي تدخل علاجي فردى حتى إذا استهدف عمليات سببية متعددة ليس من المحتمل أن يكون مؤثراً أو فعالاً لجميع الأطفال ذوى اضطراب المسلك (فريك وإليس Frick & Ellis ، ١٩٩٩ ؛ فريك Frick ، ٢٠٠١ ؛ ليمركوند وآخرون LeMarquand et al. ، ٢٠٠٤) .

٣- أن التدخلات العلاجية للأطفال والمراهقين الذين لديهم اضطراب المسلك يجب أن تنفذ بحذر وذلك لأن كثيراً من الطرائق العلاجية قد ثبت عدم فاعليتها ، والبعض منها ثبت أن له آثار ضارة .

٤- أن تصميم تدخلات علاجية للشباب ذوى اضطراب المسلك يجب أن يتم توجيهه من خلال البحوث الأساسية فمعظم العلاجات الناجحة ركزت

على العمليات التي أوضحت البحوث أنها على درجة كبيرة من الأهمية في حدوث أو استمرار الأعراض المرضية لهذا الاضطراب .

٥- ينبغي أن تكون التدخلات العلاجية شاملة وتعالج العوامل الكثيرة المختلفة التي يمكن أن تؤدى إلى حدوث اضطراب المسلك عند الطفل ، وينبغي عليها أيضاً أن تضع الاحتياجات الفردية في اعتبارها ، وتتناول المسارات السببية المختلفة التي يمكن أن تؤدى إلى هذا الاضطراب .

وهناك أوجه قصور عدة تتمثل في :

١- هناك حاجة إلى وجود المزيد من البحوث لفهم المسارات السببية المتعددة المتضمنة في حدوث اضطراب المسلك وذلك لتوجيه التدخلات العلاجية المراعية للفروق الفردية .

٢- هناك حاجة إلى مزيد من البحوث لتصميم نماذج لتوصيل أو تقديم الخدمات التي ينبغي أن تكون فعالة ومتوافقة من حيث التكلفة والعائد .

٣- هناك حاجة إلى جهود أكبر لنشر برامج العلاج النموذجي نظراً لأن التدخلات العلاجية الفعالة تستخدم طرقاً علاجية لم يتم في بعض الأحيان تدريب الكثيرين من الأخصائيين في مجال الصحة النفسية عليها .

وعموماً فكل أشكال العلاج تقدم الخبرات البينشخصية الصحيحة في التعامل مع الوالدين والأخوة والأقران ، وذلك لأن معظم الأعمال المعادية للمجتمع والتي تشمل العنف تحدث بين الطفل وأفراد الأسرة أو الأقران ، وبالإضافة إلى ذلك فنظراً لانتشار مشكلات المسلك عبر المواقع المختلفة فإن جميع العلاجات تقريباً اشتملت على مكونات تم تصميمها لتغيير سلوك الطفل في البيت والمدرسة والمجتمع .

يضاف إلى ذلك أن أحد أسباب عدم فاعلية الكثير من التدخلات العلاجية هو أنه تم استخدام هذه التدخلات غالباً استناداً إلى نظريات شاملة لتدخل علاجي تم تطويره لعلاج الراشدين أو الكبار ، كما أنها لم تكن قائمة على العوامل التي تؤدى إلى نمو أو حدوث اضطراب المسلك ، ولم يتم النظر إليها على أنها قضايا إنمائية هامة لها صلة بالعمل مع الأشخاص المضطربين فعلى سبيل المثال فإن الكثير من التدخلات العلاجية قد تجاهلت التأثيرات القوية للسياق الاجتماعي النفسي للطفل (مثل الأسرة ، والأقران ، والجيرة أو الحي الذي يسكن فيه الطفل) ، وإذا لم يتم تعديل هذه السياقات ، فمن الصعب جداً إحداث التغييرات أو الاستمرار فيها أو المحافظة عليها في سلوك الطفل عبر أو مع مرور الوقت ، وهذا لا يعنى أن الاستعدادات المسبقة لدى الفرد لا تساهم في حدوث اضطراب المسلك ، أو أن هذه الاستعدادات المسبقة لا تشترك بفاعلية تامة في تشكيل السياق الاجتماعي النفسي للطفل .

وعلى الرغم من أن هذا الاستعراض لفاعلية العلاجات يعتبر متشائماً إلى حدا ما ، فإن هناك أربع علاجات قد ثبت فاعليتها أو كفاءتها في الدراسات التي أمكن التحكم في نتائجها ، ونظراً لأهمية السياق الاجتماعي للطفل ، فليس من المدهش أو المستغرب أن هناك ثلاثة من بين الأربعة أتت من التقاليد السلوكية المعرفية التي تؤكد على دور التعلم الاجتماعي ، والعلاج غير السلوكي الوحيد الذي ثبت فاعليته هو استخدام الأدوية المنبهة التي تقلل الاندفاعية التي يمكن أن تؤدى إلى السلوك العدواني والسلوك المضاد أو المعادي للمجتمع .

ونظراً لأن اضطراب المسلك من الاضطرابات المقاومة للتغيير بدرجة

كبيرة مع مرور الوقت فإن التدخل العلاجي الذي يبدأ مبكراً في حياة الطفل يعد إستراتيجية لمنع أو تقليل حدوث اضطراب المسلك فيما بعد ، وتركيز التدخلات العلاجية على سنوات ما قبل المدرسة ، والسنوات الأولى في المدرسة (من عمر ٣ - ٨ سنوات) يقوم على اعتبارات عديدة منها :

١- أن الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك ، واضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يمكن تحديدهم بوضوح في هذه المرحلة السنية .

٢- هناك دليل على أنه كلما كان عمر الطفل أصغر سناً في وقت التدخل العلاجي ، كلما كان التوافق السلوكي للطفل موجباً بدرجة أكبر في البيت وفي المدرسة .

٣- أن الفترة خلال السنوات الأولى للمدرسة الابتدائية هي فترة ذات ضاغة لكثير من الأطفال ووالديهم ، والنجاح المبكر أو الفشل في المدرسة يمهد الطريق لسلوك الأطفال المستقبلي في المدرسة ، ويمهد الطريق للعلاقات مع المعلمين والرفاق وأيضاً للاتجاهات المستقبلية لوالديهم والعلاقات مع المدرسة والمعلمين والإداريين .

٤- يرى برستان وآيبرج Brestan & Eyberg (١٩٩٨) أن الأطفال الصغار ذوى اضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدي (المشكلات السلوكية) هم عقبة سكانية غير جديرة بالاهتمام بشكل متزايد جداً فحوالي ٧% تقريباً من هؤلاء الأطفال لا يتلقون أي علاج .

والتدخل العلاجي المبكر يضعف من عوامل المخاطرة ويقوى من عوامل الحماية ومن ثم يساعد في منع السلوكيات العدوانية والعنيفة بدرجة كبيرة إلى جانب منع تصاعد أو زيادة الفشل الأكاديمي أو الدراسي إلى جانب

التخلص من سلوكيات النبذ من جانب الرفاق ، والتقدير المتدني للذات .

والدليل على فاعلية أو كفاءة التدخل العلاجي لعلاج اضطراب المسلك يعد دليلاً محدوداً ، ومن ثم فإننا نواجه مستويات عالية من السلوك المشين والمنحرف بين الأفراد الصغار ، وهذا يوحي بأن التأكيد في المستقبل ينبغي أن يكون في مجال تطوير استراتيجيات الوقاية .

الفصل السادس

اضطراب العناد والتحدي

مقدمة :

يتصرف الأطفال والمراهقين في بعض الأحيان بطرق سلبية وعنيدة تتسم بالتمرد والعصيان والعدوانية وذلك تجاه أولى الأمر أو من في السلطة ، وإذا كان هذا السلوك حاداً بما يكفي للتدخل في الأداء الوظيفي للطفل وعلاقاته مع الآخرين فربما يتم تشخيص الطفل بأنه يعانى من اضطراب العناد والتحدي Oppositional Defiant Disorder (ODD) ، والأطفال الذين لديهم هذا الاضطراب يغضبون أو تنتابهم نوبات غضب ، ويتجادلون مع الكبار ، ويتحدون الأوامر والقواعد بدرجة صارخة ، ويتعمدون عمل أشياء من شأنها أن تضايق الآخرين ويوجهون اللوم لغيرهم عندما يرتكبون أخطائهم الشخصية (الخاصة بهم) ، ويتضايقون بسهولة من الآخرين ، ويكونون في حالة غضب دائم ، كما أنهم حقودين أو محبين للانتقام .

ويشترك الأطفال الذين لديهم اضطراب العناد والتحدي في سلوكيات معادية للمجتمع ولا تتفق مع النظم والأعراف السائدة في المجتمع ، وهذه السلوكيات تكون أقل حدة عما هي في السلوكيات الموجودة في اضطراب المسلك Conduct Disorder (CD) ولكنها توضح طريقة سلبية ، وغضب تجاه الآخرين ، وبعض الأطفال يتعافون من اضطراب العناد والتحدي ، ولكن هناك مجموعة فرعية يتطور لديها الاضطراب ليصبح اضطراباً كاملاً في المسلك ، وهؤلاء الأطفال الذين يتطور لديهم الأمر ويحدث لهم اضطراب المسلك يستمرون غالباً في الاشتراك في أوجه السلوك العدواني المعادى للمجتمع حتى مرحلة الرشد ويكون لديهم معدلات عالية في النشاط الإجرامي وسوء استخدام المخدرات .

ولا توجد فروق بين معدلات انتشار اضطراب العناد والتحدي بالنسبة للبنين والبنات حتى على الرغم من أن البنين يكون لديهم عادة معدل أعلى في الانتشار ، وبالمراجعة التاريخية للمؤلفات التي تناولت هذا الاضطراب ؛ يتضح أنه من جيل إلى جيل تضمنت النظم المتعددة المتعلقة برعاية الأطفال ذوى السلوك المشين أو المضطرب صراعاً طويلاً لمعرفة ما يجب عمله معهم ، ومن الذي ينبغي أن يتحمل المسئولية ، وتلك معضلة أو ورطة تستمر إلى يومنا هذا .

تعريف الاضطراب :

يُعرف اضطراب العناد والتحدي بأنه نمط من السلوك السلبي والمنحرف والمتمرد والعدواني تجاه الأشخاص الممثلين للسلطة يتضح في العديد من الأنماط السلوكية مثل تعمد مضايقة الآخرين وإزعاجهم ، والولع بالجدل ، وتقلب الحالة المزاجية ، وتدمير الممتلكات ، والعدوان تجاه الآخرين ، وتكون بداية هذا الاضطراب قبل وصول الطفل إلى الثامنة من العمر .

واضطراب العناد والتحدي لا يتم تشخيصه قبل سن العاشرة ، وتصل ذروته في مرحلة المراهقة ، ويندر تشخيصه في مرحلة الرشد ، والأطفال الذين يظهرون أنماطاً سلوكية من العداء المفرط ، والتحدي المفرط يتم النظر إليهم على أنهم يعانون إما من اضطراب العناد والتحدي ، أو اضطراب المسلك ، فالأطفال الذين لديهم اضطراب العناد والتحدي يتجادلون بطريقة متكررة مع الكبار ، ويفتقدون السيطرة على أنفسهم وعلى انفعالاتهم ويشعرون بالغضب الشديد والاستياء من الكبار بين الحين والآخر ، ويتحدون القواعد والأوامر التي يعرضها الكبار ، ويضايقون الآخرين ويلقون اللوم

عليهم لأخطاء ارتكبوها هم أنفسهم ، كما يلومونهم أيضاً على المشكلات التي تسببوا هم فيها ، ويبدأ هذا الاضطراب عادة في حوالي الثامنة من العمر ، ويكون أكثر شيوعاً في البنين عما هو في البنات ، وتتراوح نسبة الانتشار بين ١٦% : ٢٦% على الترتيب وفقاً لنتائج العديد من الدراسات التي أجريت في هذا الصدد (الجمعية الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric Association ، ٢٠٠٠) .

اضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدي :

يوجد تداخل كبير بين الأعراض المرضية الخاصة باضطراب المسلك ، وأعراض اضطراب العناد والتحدي ، كما أن هناك خلافاً أيضاً حول ما إذا كان اضطراب العناد والتحدي هو اضطراب منفصل عن اضطراب المسلك ، وهل هو نسخة أولية اقل اعتدالاً أم انعكاسا لنفس الأعراض وأوجه العجز الرئيسية لاضطراب المسلك (لاهي ووالدمان Lahey & Waldman ، ٢٠٠٣) ، وتظهر أعراض اضطراب العناد والتحدي عادة قبل ظهور أعراض اضطراب المسلك بحوالي سنتين إلى ثلاث سنوات أي في سن السادسة من العمر مقابل التاسعة من العمر بالنسبة لاضطراب المسلك ؛ وحيث إن أعراض اضطراب العناد والتحدي تظهر أولاً فمن الممكن أن تكون مؤشرات أولية لاضطراب المسلك بالنسبة لبعض الأطفال ، ومع ذلك فإن معظم الأطفال الذين يظهرون أعراض اضطراب العناد والتحدي لا يتقدم بهم الحال إلى حدوث المزيد من الأعراض الحادة لاضطراب المسلك ، فعلى الأقل هناك نسبة تصل إلى ٥٠% من الأفراد يستمر تشخيصهم بما يفيد وجود اضطراب العناد والتحدي بدون تقدم أو تطور لحدوث اضطراب آخر وهناك نسبة تصل إلى ٢٥% من الأفراد يكفون تماماً عن إظهار أو عرض المشكلات المتعلقة باضطراب العناد والتحدي (بيل Bell ، ٢٠٠٦) .

وبالتالي يعد اضطراب العناد والتحدي بالنسبة لمعظم الأطفال تغير إنمائي وليس بالضرورة أن يكون مؤشراً يشير إلى تصعيد أكثر شدة وخطورة لاضطراب المسلك (ماش وولف Mash & Wolfe ، ٢٠٠٧) ، وعلى النقيض من ذلك هناك حالات من اضطراب المسلك يسبقها في الغالب اضطراب العناد والتحدي ، وجميع الأطفال تقريباً الذين لديهم اضطراب المسلك يستمرون في إظهار أعراض اضطراب العناد والتحدي (برينكميير Brinkmeyer ، ٢٠٠٦) وتوجد معدلات منخفضة لاضطراب المسلك عند الأطفال الصغار تنتج من طبيعة معايير الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية ، فالدليل التشخيصي يحدد نفس الأعراض المرضية بالنسبة لتشخيص اضطراب المسلك في جميع الأعمار حتى على الرغم من أن الكثير من هذه الأعراض لا تنطبق على الأطفال الصغار (على سبيل المثال اقتحام المنازل والهروب من المدرسة) ، وبالتالي فإن المعدلات الأقل انخفاضاً في اضطراب المسلك عند الأطفال الصغار من الممكن أن تعكس استخدام نظام تشخيصي غير متوافق مع العمر الزمني الطفل (ماش وولف Mash & Wolfe ، ٢٠٠٧) .

وتوجد بيانات تؤكد فكرة أن اضطراب العناد والتحدي يتطور ليصبح اضطراب المسلك في بعض الحالات ، وذلك على الرغم من أن ذلك يعد مثار جدل أو نزاع فالأطفال الذين لديهم سلوك انحرافي حاد في عمر معين هم الأطفال الذين يكونون أكثر احتمالات أن يعرضوا أو يظهروا مثل هذا السلوك في مرحلة لاحقة من حياتهم ومما يجب الإشارة إليه أن اضطراب المسلك يمكن أن يستمر في حوالي ٥٠% من الحالات (بارتون Barton ، ٢٠٠٣) .

تشخيص الاضطراب :

توضح الجمعية الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric Association (٢٠٠٠) أن المعايير التشخيصية الرسمية لتشخيص اضطراب العناد والتحدي هي معايير الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية (DSM-IV-TR) ووفقاً لهذا الدليل فإن محكات تشخيص اضطراب العناد والتحدي تتمثل في :

أولاً : نمط يتضمن سلوك سلبى معارض وعدوانى ويتسم بالتحدي والعناد يدوم أو يستمر لمدة ٦ شهور على الأقل ، ويتضمن الحدوث المتكرر لأربعة على الأقل من السلوكيات التالية أثناء تلك الفترة (لاحظ أن كلمة متكرر تعنى أكثر تكراراً من السلوك العادى أو الذي يحدث عند عامة الأفراد أو الناس من نفس العمر ومستوى النمو الذي يمكن المقارنة بهم) وهذه السلوكيات هي :

١- ينتاب الفرد نوبات غضب وهياج .
٢- يتجادل مع الكبار .
٣- يتحدى بقوة أو يرفض الامتثال لقواعد أو أوامر الكبار .
٤- يضايق الآخرين عن عمد .
٥- يلوم الآخرين على أخطائه أو سوء سلوكه .
٦- يتضايق بسهولة من الآخرين أى أنه سريع الغضب .
٧- يكون غاضباً ومستاءً .
٨- يكون حاقداً ومحباً للانتقام .

ثانياً : أن تسبب هذه السلوكيات ضعفاً ذو دلالة من الناحية الكلينيكية ، وذلك في الأداء الوظيفي الاجتماعى والأكاديمى أو الأداء المتعلق بالعمل .

ثالثاً : لا تحدث هذه السلوكيات على وجه الحصر أثناء المسار المرضى لاضطراب ذهاني أو اضطراب الحالة المزاجية .

رابعاً : لا تتوافر المواصفات الخاصة باضطراب المسلك Conduct Disorder وإذا كان الفرد في الثامنة عشرة من العمر أو أكثر لا تتوافر المواصفات الخاصة باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع .

والحدود الفاصلة بين ما هو عادى أو طبيعي مسالة عليها نقاش أو جدال ، فعلى سبيل المثال لا يوجد تحديد واضح للتصرفات التي ستنطبق عليها معيار تشخيصي معين ؛ ولهذا السبب يؤكد الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية على أن هذه السلوكيات لا تحدث بين الحين والآخر فقط ، بل أنها تحدث أيضاً بطريقة متكررة أكثر من أى شيء آخر نمطي أو عادى بالنسبة للأطفال الذين في عمر زمني مماثل وفي مستوى نمو مماثل أيضاً ، ولأن درجة وتكرار كل سلوك من هذه السلوكيات التي يمكن اعتبارها عادية أو طبيعية لم يتم تحديده ، فإننا نشعر بأن هناك قدر كبير يعتمد على الشخص الذي يقوم بعمل التشخيص بخصوص ما يعتقده سلوكاً طبيعياً بالنسبة للأطفال في أعمار معينة ، ويمكن أن يمثل ذلك مشكلة عندما يعتمد الكلينيكي على التقارير التي يقدمها الوالدين أو المعلمين ، بدلاً من ربط هذه المعلومات بمصادر أخرى للبيانات وعلى وجه الخصوص الملاحظات السلوكية .

ومن المهم عند تقييم سلوك الأطفال الصغار أن نضع في اعتبارنا التغيرات الطبيعية في السلوك التي تحدث عبر مراحل النمو ، ففي مراحل النمو الأولى يتصرف الأطفال بطريقة طبيعية وبأسلوب ينم عن العناد بدرجة كبيرة في أوقات كثيرة ، ويتطور الأمر إلى أن يعتقد أهلهم أحياناً أن كلمة " لا " هي الكلمة المفضلة لديهم ، وعلى الرغم من أنه قد يكون من الصعب أحياناً العيش مع هذا النوع من الأطفال ، فإن ذلك هو علامة على النمو الطبيعي ، وإذا لم يكن الأهل مدركين لهذه الأنماط المتعلقة بالنمو ،

فربما يخاطرون بوصف أطفالهم بطريقة خاطئة ، وبالتالي يخلقون مشكلة بدلاً من حلها .

وعندما يحدث اضطراب العناد والتحدي في السنوات اللاحقة لفترة ما قبل المدرسة من عمر ٤ سنوات إلى ٦ سنوات ، ربما يكون ذلك إشارة أو توضيح لوجود مخاطرة كبيرة من جراء حدوث مشكلات لاحقة وخاصة إذا حدث ذلك مع اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد Attention Deficit Hyperactivity Disorder ، ومع ذلك ففي متابعة لمدة أربع سنوات لمجموعة من الأطفال الذين تم تشخيصهم في البداية بما يفيد وجود اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، واضطراب العناد والتحدي كان نصفهم فقط هو الذي تم تصنيفه على أن لديه اضطراب العناد والتحدي ، وكان هناك فرد واحد فقط من المجموعة تطور لديه الأمر وأصبح لديه اضطراب المسلك ، وبالتالي فعلى الرغم من أن اضطراب المسلك قد يسبقه اضطراب العناد والتحدي فهناك نسبة ضئيلة جداً من الأطفال الذين تم تشخيصهم بما يفيد وجود اضطراب العناد والتحدي والذين تطور بهم الأمر ليصبح لديهم اضطراب المسلك (كلارك Clarke ، ٢٠٠٩) .

و يظهر الأطفال الذين لديهم اضطراب العناد والتحدي سلوكاً يتسم بالمجادلة والعصيان ، ولكنهم على عكس الأطفال ذوى اضطراب المسلك يمكن أن يكونوا عدوانيين ويميلون إلى تحطيم ممتلكات الآخرين ، وعلى عكس الأطفال الذين يعانون من اضطراب المسلك فإن الأطفال الذين يعانون من اضطراب العناد والتحدي ليسوا عدوانيين نحو الآخرين أو الحيوانات ، ولا يدمرون الممتلكات ، ولا يظهرون نمطاً يعبر عن السرقة والخداع ،

والعديد من أعراض اضطراب المعارضة والتحدي يمكن رؤيتها في الحالة التي سنعرضها لصبى يبلغ من العمر ٩ سنوات ويدعى جيرمى Jeremy ، كان جيرمى من الصعب السيطرة عليه منذ دخوله الحضانة ، ولقد تصاعدت المشكلات لديه بدرجة بطيئة فحينما لا تكون عليه رقابة وثيقة يقحم نفسه في المشاكل ، ففي المدرسة يضايق ويركل الأطفال الآخرين ، ويعرقلهم ويعوقهم عن السير ويشتمهم ، ولقد تم وصفه على أنه عصبي المزاج وسريع الغضب حتى على الرغم من أنه في بعض الأوقات كان يبدو أنه يستمتع بالمدرسة ، وغالباً ما كان يبدو أنه يحاول عن عمد أن يضايق الأطفال الآخرين على الرغم من أنه يدعى أو يزعم دائماً بأن الآخرين هم الذين بدأوا المجادلة والنزاع معه ، وكان بين الحين والآخر يتبادل اللكمات مع طفل آخر ، وأحياناً يرفض جيرمى أن يفعل ما يطلبه منه المدرسون ، ونظراً لأن تحصيله الدراسي منخفض كان عليه أن يحضر دروساً إضافية بعد وقت المدرسة في الرياضيات والعلوم والفنون ، وكان يقدم الكثير من الأسباب وراء عدم حضوره أو تغيبه ، ويتجادل عندما يخبره أحد بأنه كان ينبغي عليه القيام بعمل ذلك ، وفي البيت كان سلوك جيرمى متبايناً تماماً ففي بعض الأحيان يكون وقحاً مع والدته ويتحداها ، ويحتاج إلى شخص يذكره بأن ينفذ المطلوب منه عدة مرات قبل أن يقدم على عمل ذلك على الرغم من أنه يمتثل في النهاية ، وفي أيام أخرى يتطوع للمساعدة ولكن الأيام التي لا يقدم فيها المساعدة لها الغلبة أو الأكثرية ، وذكرت والدته أن أقل شيء يقلقه ، أو يكدره ويجعله يصيح ويصرخ ، وتم وصف جيرمى على أنه حقود ووضيع أو حقير مع أخيه الصغير ، كما ذكرت أمه أيضاً انه يكذب كثيراً وذلك على الرغم من أنه عندما يتم الضغط عليه يكون صادقاً بشأن الأمور الهامة ، وفي سن التاسعة أحضرته والدته إلى عيادة الصحة النفسية وذلك بسبب

استمراره في عصيانه المتزايد والمشكلات التي يسببها في المدرسة ، وذكرت أن هناك العديد من المشكلات أو الأحداث التي حدثت خلال الشهر الماضي التي دفعت والدة جيرمى لأن تفعل شيئاً بشأن سلوكه ، ومنذ عدة أسابيع مضت صاح في مدرسة وتعدى عليه بالقول ، وتم طرده من المدرسة لمدة ثلاثة أيام ، وبعد هذه الواقعة بأسبوع وبخته الشرطة لركوبه دراجته البخارية ذات الثلاث عجلات على الطريق السريع ، وهذا أمر حذرته منه والدته مراراً وتكراراً ، وفي اليوم التالي أخفق أو فشل في استخدام الفرامل ودخل بدراجته في فاترينة متجر وهشمها ، ولم يتم القبض عليه في أي واقعة أخرى خطيرة على الرغم من أنه في إحدى المرات كسر فاترينة عندما كان يركب مع صديق له ، ولقد كان جيرمى صعب المزاج منذ التحاقه بالحضانة فمنذ ذلك الوقت تصاعدت المشكلات ببطء ، فحينما لا تكون عليه مراقبة شديدة فإنه يسبب المشكلات ، ولقد تم توبيخه رسمياً في المدرسة لمضايقته وركله للأطفال الآخرين ، وتوجيه الشتائم والإهانات لهم ، ودفعهم ليقعوا على الأرض ، وتم وصفه على انه ذو مزاج سيء ، وسريع الغضب حتى على الرغم من أنه في بعض الأحيان كان يبدو أنه يستمتع بالمدرسة ، وفي أغلب الأوقات كان يبدو أنه يحاول مضايقة الأطفال الآخرين عن عمد على الرغم من أنه كان يزعم دائماً بأن الآخرين هم الذين يبدءوا الشجار معه ، ولم يكن جيرمى متورطاً في مشاجرات خطيرة ، ولكنه بين الحين والآخر كان يسدد اللكمات للأطفال الآخرين (سبيتزر وآخرون .Spitzer et al ، ١٩٨٩) .

وتبدأ أعراض اضطراب العناد والتحدي عادة في سن مبكرة أثناء أو عندما يبدأ الطفل في المشي وفي سنوات ما قبل المدرسة ، ومع ذلك هناك بعض الأطفال الذين يظهر لديهم أعراض الاضطراب ولكنهم يتخلصون من

هذه الأعراض أو السلوكيات قبل مرحلة الطفولة المتأخرة أو مرحلة المراهقة المبكرة ، إلا أن هناك مجموعة فرعية من الأطفال الذين لديهم اضطراب العناد والتحدي ولاسيما الأطفال الذين يميلون إلى العدوان يستمرون في الاضطراب ليصبح لديهم اضطراب المسلك ، وفي الحقيقة يبدو جميع الأطفال تقريباً الذين تتطور معهم الحالة ليصبح اضطراب المسلك أثناء وجودهم في المدرسة الابتدائية كان لديهم اضطراب العناد والتحدي في السنوات المبكرة من حياتهم (بيوبر Bubier ، ٢٠١٠) .

وبصفة عامة لا يتم تشخيص اضطراب العناد والتحدي عند الأطفال الذين تتراوح أعمارهم فيما بين عام ونصف إلى ثلاث سنوات عندما ينظر إلى السلوكيات المشابهة على أنها سلوكيات معيارية بالنسبة للمجموعة العمرية ، فمثلاً نوبات الغضب تعتبر معياراً من معايير الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل بالنسبة لاضطراب العناد والتحدي ، ومع ذلك فإن نوبات الغضب تعتبر سلوكيات شائعة عند الأطفال الذين تتراوح أعمارهم من ٢ – ٣ سنوات ، وبعد سن الثالثة يصبح الأطفال أكثر قدرة على التعبير عن احباطاتهم بطرق مقبولة من الناحية الاجتماعية ، ويتم تشخيص اضطراب العناد والتحدي بشكل أفضل في السنوات المبكرة في المدرسة أو في سن ما قبل دخول المدرسة (ألزوف وآخرون .Althoff et al ، ٢٠٠٣) .

نسبة الانتشار :

يّعد البنين أكثر احتمالاً وعرضة من البنات لأن يتم تشخيصهم بما يفيد وجود اضطراب المسلك لديهم ، فالبنين يفوقون البنات بواقع ثلاث مرات ، ونفس النسبة تنطبق أيضاً على اضطراب العناد والتحدي (أنجولد وآخرون .Angold et al ، ٢٠٠٢ ؛ موجان وآخرون .Maughan et al ، ٢٠٠٤) ، ومما يؤكد ذلك أن أسباب هذه الاضطرابات تتواجد وتتكرر بدرجة أكبر في

حالة البنين عما هو في حالة البنات ، يضاف إلى ذلك أن الأولاد الذين لديهم اضطراب المسلك يكونون عدوانيين من الناحية الجسمية بدرجة اكبر عما هو في حالة البنات اللاتى لديهن اضطراب المسلك (موجان وآخرون Maughan et al. ، ٢٠٠٠) .

ولقد اقترح بعض الباحثين أن السلوك العدوانى المعادى للمجتمع لا يكون أكثر ندرة في الفتيات فهو يبدو مختلفاً فقط ، فالعدوان عند الفتيات يكون غير مباشراً بدرجة أكبر ولفظياً وليس بالأحرى بدنياً ويتسم بالنبذ والمقاطعة والعزلة وتشويه السمعة ، فالفتيات يبتعدن عن رفيقاتهن ويتحدثن في غيابهن مع أخريات لتشويه الحالة الاجتماعية لصديقاتهن المستهدفات ، ومع ذلك فإن الفتيات اللاتى لديهن اضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدي مثل الأولاد الذين لديهم هذه الاضطرابات يتعرضن لمخاطرة من جراء حدوث مشكلات حادة في حياتهم ، والفتيات اللاتي لديهن اضطراب المسلك مثل الأولاد تماماً الذين لديهم اضطراب المسلك يشتركن في السرقة والكذب وسوء استخدام المادة (تيت وآخرون Tiet et al. ، ٢٠٠١) .

والدراسات الطويلة الأجل التي تناولت الفتيات اللاتى تم تشخيصهن بما يفيد وجود اضطراب المسلك لديهن أظهرت أن هؤلاء الفتيات في مرحلة المراهقة ومرحلة الرشد يظهرن معدلات عالية في الاكتئاب ، واضطراب القلق ، والمشكلات الزوجية الشديدة ، والنشاط الإجرامي ، واحتمال تعرضهن للحمل المبكر المفاجئ (موفيت وآخرون Moffitt et al. ، ٢٠٠١) .

ويُعد اضطراب المسلك أخطر في تتابعه أو نتائجه من اضطراب العناد والتحدي ، ويرجع ذلك إلى انتهاك المعايير المجتمعية الهامة ، والاستخفاف بحقوق الآخرين ، وتتضمن السلوكيات الملازمة لاضطراب المسلك عادة

الأعمال العدوانية التي تسبب الأذى أو تهدد النـــاس والحيوانـــات بإلحـــاق الضرر بهم ، أو السلوك الذي يسبب إتلاف الممتلكات ، كما يتضمن أيضـــاً الخداع أو السرقة ، والانتهاكات الخطيرة للقواعد ، والعديد من سمات هـــذه السلوكيات لابد أن تحدث في السنة الماضيـــة أو لابد أن يمر عليهـــا عـــام كامل ، وان يكون أحد هذه السلوكيات على الأقل قد حدث خلال الستة شهور الماضية ، وذلك لكي يتم التشخيص بما يفيد وجود اضطراب المسلك .

عوامل المخاطرة :

تتضمن عوامل المخاطرة العوامل الفردية والأســرية والبيئيـــة التـــي اتضح من البحوث أنها تزيد من مخاطرة الطفل فيمـــا يتعلـــق بالمشـــكلات السلوكية المستقبلية ، وعلى الرغم من أن هناك نسبة تتراوح مـــن ٢٠% : ٣٠% من المراهقين الذين يرتكبون أعمال عنف فهناك من ٥% : ٨% فقط من الذكور ، ٣% : ٦% من الإناث يكونون مســئولين عـــن معظـــم هـــذه الأعمال (إليوت Elliott ، ١٩٩٤) .

ومعرفة سمات هؤلاء الشباب ، ولاسيما السمات التي تفيد في تحديـــد التدخلات العلاجية الفعالة تسهم إلى حد كبير في خفض أو تقليل معاناتهم وما يرتبط بذلك من صعوبات أكاديمية يمرون بها .

١- عوامل المخاطرة التنبؤية بدرجة شديدة :

يعد السلوك المعادى للمجتمع المبكر الحدوث (على ســبيل المثـــال : السرقة ، وتدمير الممتلكات ، والمعاشرة الجنسية المبكرة ، وبيع المخدرات) منبئاً قوياً بالمخالفات المستقبلية بالنسبة للذكور ، وليس بالضرورة بالنســبة للإناث ، فالسلوك المنحرف المبكر الحدوث ينبيء بطريقة متســقة بـــالعنف الخطير والمزمن إلى حد كبير جداً (تولان وتوماس Tolan & Thomas ،

. (١٩٩٥

وفي سن الطفولة المبكرة فإن التهم السابقة والعنف تزيد من الانحراف في المستقبل ، فأوضحت نتائج إحدى الدراسات أن ٥% من الأولاد الذين تم إدانتهم في جرائم عنف فيما بين سن ١٠ سنوات ، ١٦ سنة تم إدانتهم مـــرة أخرى بارتكاب جرائم عنف عند بلوغهم سن ٢٤ سنة ، وذلك بالمقارنة بـــــ ٨% من الأولاد الذين لم يتم إدانتهم بهذه الجرائم (ليندلى Lindley ، ٢٠٠١) ، وأيضاً فإن مشكلات التأديب والانضباط في الأعمار من ٨ – ١٠ سنوات ومشكلات المسلك التي تم ذكرها في التقارير الذاتية فـــي ســـن ١٤ ســـنة ، وتدخين السجائر المستمر في نفس السن ، والمعاشرة الجنسية في ســـن ١٤ سنة أيضاً ، كل ذلك ينبىء بحدوث العنف فيما بعد عند الذكور (فـــارنجتون Farrington ، ١٩٨٩ ؛ هيلاريسكي Hilarski ، ٢٠٠٤) .

والتاريخ المبكر الذي يفيد بوجود سلوكيات مسببة للمشكلات ، وبوجود انحراف ينبغي أن يؤخذ مأخذ الجد يزيد أيضاً من عوامل المخاطرة العاليـــة وذلك لأن هؤلاء الأطفال والشباب الذين لديهم نسبة مخاطرة عالية لا يميلون إلى أن ينموا أو يكبروا مع وجود هذه السلوكيات ، وقد يتطلب ذلك المزيـــد من التدخل العلاجي المكثف والمستمر (ليندلى Lindley ، ٢٠٠١) .

– **الرفاق المعادون للمجتمع :**

يساهم الأقران المنحرفون بدرجة كبيرة في الانتشار العام للانحـــراف والسلوك المعادى للمجتمع ، فالمراهقون الذين لـــديهم اضـــطراب المســـلك يندرجون من أسر تتفاقم فيها المشكلات في المقام الأول ، ويتم نبـــذهم بـــين الحين والآخر من جانب الأقران ذوى السلوك المنضبط الذي يراعـــى قـــيم وتقاليد المجتمع ، ونتيجة لنبذهم ينجذبون للأصدقاء المنحـــرفين أو للشـــباب

الذي لديه تاريخ إجرامي طويل ، وعلاوة على ذلك فإن العصابات مسئولة أيضاً عن نسبة كبيرة من الجرائم العنيفة والخطيرة (فيتارو وآخرون Vitaro et al. ، ٢٠٠١) ، وهكذا يتضح أن التورط مع العصابات يضيف مستوى آخر للمخاطرة يتعدى الأقران المنحرفين ، ومن الناحية الكلينيكية يكون من السهل توجيه الأطفال نحو السلوك الجيد الذي يتفق مع قيم وعادات وتقاليد المجتمع وذلك قبل مرحلة المراهقة .

– الروابط الاجتماعية :

يمارس الأطفال الذين يعانون من النبذ المبكر من جانب الأقران أعمال العنف والبلطجة كرد فعل لنبذهم وعدم اشتراكهم في الأنشطة الجماعية ، ويكون سلوكهم داخل الفصل الدراسي مشيناً ، كما يكونوا عدوانيين في تعاملهم مع الآخرين ، وبالتالي فإن النبذ من جانب الأقران يزيد من مخاطرتهم بالنسبة لمشكلات المسلك المستقبلية .

– استخدام المادة :

يوحى التدخين المبكر للسجائر ، وشرب المواد الكحولية في سن مبكرة أو أي استخدام آخر للمادة ولاسيما قبل سن ١٢ سنة بوجود مخاطرة أكبر تتعلق بمشكلات المسلك في المستقبل ، وربما يرجع ذلك إلى أن تأثير المادة يزيد من العنف إما من خلال السكر أو الانسحاب وبصفة عامة يزيد من السلوك المعادى للمجتمع .

– الوالدان المعاديان للمجتمع :

ينبئ وجود أم مدانة في جريمة أو أب مجرم بدرجة دالة بإدانة الأبناء وخاصة الذكور في جرائم مشابهة ، وأوضحت نتائج إحدى الدراسات أن الشباب الذي تتراوح أعمارهم الزمنية بين ١٨ – ٢٣ سنة والذين أدين

والديهم في جريمتين على الأقل كانوا أكثر احتمالاً أن يرتكبوا أعمالاً إجرامية عنيفة (ليندلى Lindley ، ٢٠٠١) .

٢- عوامل المخاطرة التنبؤية بدرجة متوسطة :

- العدوان المبكر :

لاحظ عدد كبير من الباحثين وجود استقرار واستمرار في حدوث السلوكيات العدوانية المبكرة عند الذكور (لوبير وهاى Loeber & Hay ، ١٩٩٦) ، ومع ذلك فوجود أسلوب عدواني للتفاعل يكون نذير أولى فالبحث المستمر عن الانتباه في سن ١٢ شهراً وجد أنه يرتبط بعدم الامتثال في سن ١٨ شهراً ، وبالعدوان في سن ٢٤ شهراً (شاو وفوندرا Shaw & Vondra ، ١٩٩٥) ، ومن الجدير بالذكر أنه في إحدى الدراسات كان ثلثي الأولاد الذين تتراوح أعمارهم من ١٠ - ١٣ سنة والذين يتسم سلوكهم بالعدوان حسب تقديرات المعلمين ، يملكون سجلاً إجرامياً من العنف وذلك عندما يبلغون السادسة والعشرين من عمرهم ، وهذا الارتباط لا ينطبق على الفتيات (لوبير وهاى Lober & Hay ، ١٩٩٦) .

- الحالة الاجتماعية الاقتصادية المتدنية للأسرة :

أظهرت نتائج العديد من الدراسات وجود ارتباط بين تدني المستوى الاجتماعي الاقتصادي والجريمة وهذا يعنى أن الأسر الفقيرة والأحياء الفقيرة ترتبط بالانحراف ، وهذا يعتبر أمراً سياقياً بدرجة كبيرة وليس بالضرورة سبيباً ، ورغم ذلك وجد فرقاً بين الأسر الفقيرة في المناطق الداخلية في المدن وغيرها من الأحياء الأخرى الفقيرة في المناطق الحضرية ؛ حيث وجد أن المجتمعات داخل المدن بها معدلات للانحراف تزيد بواقع ٢.٥ مرة عن المتوسط القومي (تولان وجورمان سميث Tolan & Gorman-Smith ، ١٩٩٧) ، وعلاوة على ذلك فإن الأسر التي تتميز بالعزلة الاجتماعية

الضعيفة ، والفقر من المحتمل بدرجة كبيرة أن يحدث فيها إساءات جسدية للأطفال مما يزيد من مخاطرتهم للعدوان (ليندلى Lindley ، ٢٠٠١) ومن منظور الصحة العامة وجد أن الأسلوب الوالدي الجيد ، والبيئة الأسرية المستقرة ، والنمو والصحة الجيدة يمكن لكل ذلك أن يخفف من الإنهاك والضعف والبطالة ، وبالتالي فإن الارتباط المدرك للفقر مع الجريمة يمكن تبريره فقط إذا كان هناك قابليات بيولوجية واجتماعية نفسية تعمل معاً (رايني وآخرون .Raine et al ، ٢٠٠٥) .

- السمات السيكولوجية :

تشمل هذه السمات مستوى النشاط العالي في الإقدام على المخاطرة ، والاندفاعية ، والمدى الانتباهي القصير ، وهذه المعالم جميعها أوضحتها دراسة سويدية عن الأولاد في سن ١٣ سنة ، والذين وجد أن معدل القبض عليهم كان أعلى من جراء ارتكابهم لأعمال العنف عند بلوغهم السادسة والعشرين من العمر ، وذلك بدرجة أكبر مما في حالة الأولاد الذين لا يوجد لديهم هذه السمات (كلينتبرج وآخرون Klinteberg et al ، ١٩٩٣) ، وتوحي هذه النتيجة أن اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع ترتبط بسمات مثل البحث عما هو جديد ومثير بدرجة كبيرة (مع سلوك اندفاعي وشديد الاضطراب والهياج) ، والاعتماد المنخفض على الإثابة أو التعزيز (أي أن الشخص يكون منعزلاً عن الناس ومستقلاً) ، وتجنب أو تفادى الضرر بدرجة منخفضة (أي عدم الخوف والجراءة) (كولونجر وآخرون Cloninger et al. ، ١٩٩٣ ؛ فان ديميري وآخرون Van der Meere et al. ، ٢٠٠٥) .

والدراسات السابقة ربطت بين النشاط الزائد والاندفاعية وحدوث السلوك العنيف فيما بعد ، كما اقترحت هذه الدراسات أن المراهقين الذين

لديهم حالة مرضية مشتركة تتمثل في اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، واضطراب المسلك في مرحلة الطفولة يكونون في مخاطرة عالية من جراء حدوث سلوك مضطرب مزمن ومستمر (ليندلى Lindley ، ٢٠٠١) ، ولهذا فإن هذه الحالة المرضية المشتركة ينبغي الكشف عنها وتعقبها ومعالجتها بدرجة كبيرة وذلك في محاولة لتقليل المخاطر المستقبلية .

- العلاقة بين الوالدين والطفل :

تشمل هذه العلاقة الممارسات المتبعة في التأديب على سبيل المثال الممارسات غير المتسقة والعقابية ، والإشراف الردئ ، وانعدام الدفء النفسي ، والاتجاه السلبي نحو الطفل ، وأوضحت نتائج العديد من الدراسات أن هذه الممارسات الوالدية ترتبط بطريقة متسقة ودائمة بحدوث الانحراف وسوء استخدام المادة فيما بعد (ليندلى Lindley ، ٢٠٠١) ، وبالمثل فإن الإشراف المتدني والتفاعل الرديء بين الآباء والأبناء في سن الثانية وجد أنه ينبئ بحدوث العنف فيما بعد (فارنجتون Farrington ، ١٩٨٩) ، كما وجد أن الأسلوب الوالدي الإيجابي يحسن من النتيجة عندما تتواجد عوامل المخاطرة البيئية كالفقر والبطالة (باترسون وآخرون .Patterson et al ، ١٩٨٩) ، ومن الناحية الكلينيكية فإن العلاجات التي تركز على الأسرة مثل العلاج الأسرى الوظيفي ، وتدريب الوالدين على ضبط السلوك ، والعلاج متعدد النظم من أكثر العلاجات الواعدة في هذا الصدد .

- الاتجاه نحو المدرسة والأداء الأكاديمي :

يتضمن ذلك الاهتمام المتدني بالتعليم ، والتسرب من المدرسة ، والتحصيل الدراسي الردئ ، والهروب من المدرسة ، والإنجاز الدراسي الضعيف ، وأوجه العجز في الانتباه وقد ارتبطت هذه العوامل جميعها بمشكلات السلوك فيما بعد ، ويتم التوصية بعمل اختبارات نفسية عصبية

لأوجه العجز اللفظي ، وقياس نسبة الذكاء (ليندلى Lindley ، ٢٠٠١) .

- نسبة الذكاء :

أوضحت نتائج معظم الدراسات أن نسبة ذكاء الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك تكون في المتوسط أقل ثمان درجات أو نقاط من الأطفال العاديين أو غير المنحرفين حتى عندما يتم التحكم في متغيرات أخرى مثل المستوى الاجتماعي الاقتصادي والعمر الزمني ونوع التعليم ، والدافعية والجنس وهناك نتيجة متسقة أخرى مفادها أن نسبة الذكاء في الأداء (الذكاء الأدائي) Performance Intelligent Quotient تكون أكبر من نسبة الذكاء اللفظي Verbal Intelligent Quotient (لينام وآخرون .Lyman et al ، ١٩٩٣) وهذا يوحي بوجود صعوبات نوعية في اللغة وخلل نفسي عصبي محتمل لدى الأطفال والشباب الذين لديهم اضطراب المسلك .

٣- عوامل المخاطرة التنبؤية بدرجة معتدلة (أقل من المتوسط) :

- عوامل أسرية أخرى :

تشير هذه العوامل إلى سمات مثل الضغوط الأسرية العالية ، والأسر الكبيرة العدد ، والتنافر الزواجي ، والأولاد الذين تربوا في أسر يكثر فيها النزاع كانوا أكثر احتمالاً بأن يتم إدانتهم بعد ذلك في جرائم عنف (ليندلى Lindley ، ٢٠٠١) ، كما أن العلاقات الزوجية السيئة ، والصراعات البينشخصية ، والعدوان أهم ما يميز العلاقات الوالدية للأطفال الجانحين الذين يصدرون سلوكيات مضادة للمجتمع ، ويرى آلان كازدين (٢٠٠٠) أن الحجم الأكبر للأسرة أي تضمنها لعدد كبير من الأفراد يزيد من مخاطر تعرض الأطفال للجنوح .

– البيوت المفككة أو المنحلة :

يتضمن هذا النمط الانهيارات الأسرية (على سبيل المثال الطلاق) ، والانفصال عن الوالدين لأسباب أخرى غير الطلاق ، وبصفة عامة إذا حدث الانفصال خلال طفولة الفرد يزيد من خطر تعرضه للانحراف أو الجناح ، والعلاقة بين الأسر المنحلة وعدوان الطفل أو الشباب تعتبر علاقة معقدة وذلك لأن الانفصال الأسرى يحدث لأسباب كثيرة ، وعلى الرغم من ذلك فإذا حدث الانفصال بين الوالدين والطفل قبل سن ١٠ سنوات فإنه ينبئ بالإدانة في جرائم العنف في مرحلة المراهقة وما بعدها (ليندلى Lindley ، ٢٠٠١) .

– الإساءة الوالدية :

تتضمن الإساءة الوالدية جميع أنماط الإساءة مثل الإساءة النفسية ، والإساءة الجسمية ، والإساءة الجنسية بالإضافة إلى سوء المعاملة الوالدية والإهمال ، وأظهرت نتائج عديد من الدراسات أنه بمقارنة الأطفال الذين لا يوجد لديهم تاريخ يدل على الإساءة بالراشدين الذين تمت الإساءة إليهم وهم أطفال أنهم كانوا أكثر احتمالاً لأن يرتكبوا جرائم عنف بدرجة أكبر مما هو الحال مع الخاضعين للدراسة من المجموعة الضابطة ، وأن الأفراد الذين تم إهمالهم وهم أطفال كانوا أكثر احتمالاً بدرجة كبيرة جداً لأن يتم القبض عليهم نتيجة ارتكابهم أعمالاً عنيفة ومضادة للمجتمع في مرحلة تالية من حياتهم (زينجراف وآخرون .Zingraff et al ، ١٩٩٣) ، وهكذا يمكن القول بأن الإهمال الذي هو من أكثر الأشكال شيوعاً وأعلاها مخاطرة بالنسبة للإساءة ينبغي النظر إليه على أنه مسالة صحية خطيرة لها مضامين لمنع العنف والإجرام .

وهكذا ؛ يتضح مما سبق أنه لا يوجد عامل واحد يمكن أن ينبىء بدقة

بمشكلات المسلك فالعوامل تتراكم أو تتجمع لتنتج أو تحدث قابلية متزايـدة عند هؤلاء الأطفال ، والمثال الذي يوضح ذلـك هـو دراسـة كامبريـدج Cambridge Study عـن النمـو المنحـرف (فـارنجتون Farrington ، ١٩٩٧) التي تم فيها تتبع ٤١١ ولداً من أولاد الطبقة العاملة في مدينة لندن بانجلترا ممن تتراوح أعمارهم من ٨ - ٤٠ سنة ، وتم تحديد درجة القابليـة للمخاطرة استناداً إلى عوامل المخاطرة كالتالي : التدخل المتدني للأسرة في سن ٨ سنوات ، والأسرة الكبيرة العدد عند سن ١٠ سنوات (٤ أو أكثر من الأشقاء والشقيقات) ، ونسبة الذكاء غير اللفظي المتدنية عند سـن ٨ - ١٠ سنوات ، والأسلوب الوالدي الردئ (التأديب القاسي أو التأديب المتنـاقض بشكل غير منطقي ، والصراع أو النزاع بين الوالدين) في سن ٨ سنوات ، وبالنسبة للأولاد الذين لا يوجد لديهم عوامـل مخـاطرة ازدادت الإدانـات بالنسبة لأعمال العنف بنسبة ٣% فقط مقارنة بالخاضـعين للدراسـة فـي المجموعة الضابطة ، ومع ذلك فوجود أربة إلى خمسـة عوامـل زاد مـن مخاطرة الفرد بنسبة ٣١% وبالتالي ، فالتفاعل بين عوامل المخاطرة الفردية والبيئية يحدد في الحقيقة التباين الكلى في نتيجة هؤلاء الشباب .

النتائج الخاصة بالكبار أو الراشدين :

ينخفض عدد المجرمين النشيطين عند دخولهم العشرينيات من العمـر بنسبة تصل إلى حوالي ٥٠% ، وفي أواخر العشرينيات تكون هناك نسـبة تصل إلى ٨٥% تقريباً من المنحرفين السابقين يكفون عن الإجرام أو السلوك المشين أو المضطرب ، وهذه العلاقة القائمة بين العمر وبين الجريمة تنطبق على الذكور كما تنطبق على الإناث بالنسـبة لمعظم أنواع الجـرائم ، وإذا تطلعنا إلى الأمام نجد أن معظم الأطفـال ذوى المشكلات السلوكية مع التقدم في العمر لا يصبحون معادين للمجتمع (موجـان وروبتـر & Maughan

Rutter ، ٢٠٠١) ، ومع ذلك فإن النتائج الخاصة بالكبار تعتمد على نوع المشكلات السلوكية التي تحدث لهم أثناء مرحلتي الطفولة والمراهقة ، كما تعتمد أيضاً على عوامل المخاطرة وعوامل الحماية عند الطفل والأسرة والمجتمع (كوكو وبولكينين Kokko & Pulkkinen ، ٢٠٠٠) ، وعندما ينخفض السلوك المعادي للمجتمع في مرحلة الرشد فإن الأساليب البينشخصية القهرية قد تستمر أحياناً مع الأسرة وجماعة الأقران ، وهناك عدد كبير من الأطفال ذوى المشكلات السلوكية ولاسيما الأطفال الذين في المسار المستمر مدى الحياة عندما يكبرون يستمرون في عرض أو ممارسة السلوك الإجرامي ، والمشكلات النفسية ، وعدم التوافق الاجتماعي ، والمشكلات الصحية ، وفقدان الإنتاجية ، ومن المحتمل بدرجة كبيرة جداً أن يظهروا تاريخاً يفيد عدم الاستقرار أو الاستمرار في العمل ، وفي العلاقات الاجتماعية ، وربما يرجع ذلك إلى المهارات الرديئة في الإنجاز ، ووجود مصاعب في التعامل مع زملاء العمل ، ومع المشرفين ، إلى جانب عدم القدرة على الاحتفاظ بعلاقات طيبة معهم ، كما يواجهون أيضاً مشكلات مع زوجاتهم ؛ حيث لا يستطيعون الحفاظ على التعايش بسلام وهدوء دون عنف مع شركائهم في الحياة فتزداد معدلات الطلاق بينهم ، ويكونون أكثر احتمالاً من غيرهم لأن يختاروا شركاء حياتهم من بين الأشخاص الذين يتشابهون معهم في السمات المعادية للمجتمع (موفيت وآخرون .Moffitt et al ، ٢٠٠٢) .

وفي دراسة تتبعية للنساء الشابات اللاتي يظهرن مشكلات حادة في المسلك في مرحلة المراهقة وجد أن معظمهن يداوم على إظهار المشكلات السلوكية ، وكانت الغالبية العظمى منهن لديهن اضطراب الاكتئاب ، واضطراب القلق ، وأن ٦% منهن تم حبسهن في حوادث عنف ، وثلثهن

كانوا حوامل قبل سن ١٧ سنة ، ونصفهن تمت إعادة القبض علـيهن (تـم القبض عليهن من جديد) وكثير منهن عانين من إصابات جسدية خطيرة أو بالغة ، وفيما بين عام ١٩٨٨ ، ١٩٩٧ وصـلت معـدلات القـبض علـى المسيئين أو المجرمين الصغار Young Offenders الذين تتراوح أعمارهم بين ٧ – ١٢ سنة لإقدامهم على جرائم العنف قـد ازدادت بنسـبة ٤٥% ، وبالنسبة لانتهاكات أو مخالفات تعاطي المخدرات كانت النسبة ٦٥% (ليابو وريتشاردسون Liabo & Richardson ، ٢٠٠٧) .

وتوضح نتائج البحوث أن الأطفال الذين يحدث لهم اضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدي في سن مبكرة يكونون فـي مخـاطرة متزايـدة لتعرضهم للإساءة من جانب والديهم والتسرب من المدرسة والاكتئاب وسوء استخدام المخدرات والعنف والاشتراك في جرائم مع الكبار والتفكك الأسرى وغيرها من الاضطرابات النفسية التـي يسـهل تشخيصـها (و يبسـتر – ستراتون وريد Webster - Stratton & Reid ، ٢٠٠٣ ب) .

ويرى أصـحاب النظريـات النمائيـة Developmental Theories أن الأطفال الذين يظهرون أولاً أعراض اضطراب العنـاد والتحـدي فـي سنوات ما قبل المدرسة يكونون فـي مخـاطرة بواقـع مـرتين أو ثـلاث مرات في أن يصبحوا مجرمين أكثـر عنفـاً ؛ حيـث يسـتمر معهـم أو تلازمهم هذه السـلوكيات المشـينة (باترسـون وآخـرون Patterson et al. ، ١٩٩١ ؛ لانجـــون وجليكمـــان Langone & Glickman ، ٢٠٠٦) ، وهذا يعني أن الأطفال الذين يبـدأ اضـطراب المسـلك لـديهم في سن مبكرة ينتهجون الكثيـر مـن الأعمـال الانحرافيـة فـي مرحلـة الرشد بما فـي ذلـك العنـف البينشخصـي ، وسـوء اسـتخدام المـادة ، وجرائم نهب الممتلكات .

التكاليف الاجتماعية والاقتصادية :

يظل العالم مكاناً يمثل تهديداً وخطورة للأطفال والشباب ، وفي بلدنا اليوم نجد أن أكبر تهديد لحياة الأطفال ، والمراهقين ليس المرض أو المجاعة ولكنه يتمثل في الواقع الرهيب للعنف ، وفي تقرير نشرته خدمات الصحة الأمريكية العامة بالولايات المتحدة الأمريكية عن عنف الشباب أوضح التقرير أن التكاليف المذهلة التي تنفقها الخدمات التعليمية والصحية والمحاكم الجنائية والخدمات الاجتماعية ، ومؤسسات الصحة النفسية التي تتعامل مع الأطفال الصغار الذين لديهم اضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدي تجعل السلوكيات المنافية للمعايير الاجتماعية أكبر مشكلة صحية ونفسية مكلفة في أمريكا (هينشو ولى Hinshaw & Lee ، ٢٠٠٣) .

وعلى الرغم من أن الأعمال المعادية للمجتمع تعتبر ظاهرة عامة عند الشباب ، فإن النمط المبكر والسائد للسلوك المعادى للمجتمع يحدث فقط في حوالي ٥% من الأطفال ، وهؤلاء الأطفال يسببون ضرراً كبيراً جداً يتمثل فيما يزيد على ٥٠% من جميع الجرائم التي تحدث في الولايات المتحدة الأمريكية ، وحوالي ٣٠% – ٥٠% من الأفراد المحولين للعلاج في المستشفيات (لوبير وآخرون Loeber et al. ، ٢٠٠٠) ، يضاف إلى ذلك أن أكثر من ٢٠٠٠ من الأحداث تم القبض عليهم لارتكابهم جرائم قتل ، وجرائم قتل خطأ (قتل غير مشروع دون سبق الإصرار) ، وأكثر من ١٠٠.٠٠٠ حدث لارتكابهم جرائم عنف أخرى ، وهناك عدد كبير جداً من المراهقين الذين يموتون بالأسلحة النارية ، وهذا العدد يفوق عدد الذين يموتون نتيجة المرض ، كما أن هناك الكثير من الضحايا من جميع الأعمار يموتون نتيجة أعمال العنف التي يرتكبها المراهقون ، وفي كل يوم دراسي نجد أن آلاف الطلاب يمكثون في البيت ليس بسبب المرض ولكن بسبب

الخوف من أن يطعنوا أو يطلق عليهم الرصاص أو يتم ضربهم (ماش وولف Mash & Wolfe ، ٢٠٠٧) .

وتعتبر التكاليف بالنسبة للطفل الذي لديه اضطراب سلوكي تكاليف عالية أو باهظة ، فالسلوكيات المشينة ترتبط بالتحصيل الدراسي الرديئ ، والتقدير المتدني للذات ، والمهارات الاجتماعية الرديئة ، وعدم القدرة على التحمل ، والإحباط ، والأعراض المرضية الاكتئابية ، ومن المحتمل بدرجة كبيرة أن يميل الأطفال ذوى اضطراب المسلك ، واضطراب العناد والتحدي إلى الهروب من المدرسة ، ومن المحتمل بدرجة كبيرة أيضاً أن يكون لديهم مشاكل مع الشرطة ، والكبار أو الراشدين من المحتمل بدرجة كبيرة أن يكون لديهم معدلات متزايدة في سوء استخدام المادة ، وانهيار العلاقات الاجتماعية ، والبطالة ، وهؤلاء الكبار من المحتمل بدرجة كبيرة أيضاً أن يرتكبوا الجرائم ويسيئون إلى أطفالهم (رود وآخرون Rohde et al. ، ٢٠٠٤) .

ويعتبر اضطراب العناد والتحدي مكلفاً جداً من حيث أنه شكلاً لحالة مرضية نفسية في المجتمع ، وهذه التكاليف تتمثل في التكاليف المادية ، التي تشمل المصاريف أو التكاليف المتعلقة بالحبس أو الإقامة لمنع المزيد من الإساءات أو المخالفات التي يرتكبها الأطفال ذوى اضطراب المسلك والذين يرتكبون أعمال انحرافية خطيرة ، وتشمل أيضاً التكاليف المادية إصلاح المدارس التي يتم تخريبها نتيجة لأعمال العنف والشغب ، وتشمل التكاليف أيضاً التكاليف الاجتماعية وبيئات التعلم غير الكافية وغير الآمنة التي يتم إيجادها في المدارس عن طريق سلوكيات الكثير من الأطفال الذين يعانون من اضطراب العناد والتحدي ، والأطفال الذين يظهر عليهم اضطراب العناد والتحدي واضطراب المسلك قد يعانون من تدمير العلاقات الأسرية وكذلك

تدمير العلاقات مع الأقران ، أو الرفاق والمعلمين ، وتعتبر التكلفة الاقتصادية لهذه السلوكيات عالية ، كما أن تكاليف التحويل إلى المراكز الصحية الموجودة بالمجتمع وزيارات الممارسين ، والاشتراك في الأنشطة الاجتماعية ، ومراقبة المخالفين ، بالإضافة إلى تكلفة الممتلكات التي يتم إتلافها أو تدميرها ، ومن بين الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك والذين تتراوح أعمارهم بين ٧ - ٨ سنوات يصبح ٤٠% منهم مخالفين للقانون بدرجة مستمرة وهم في سن المراهقة ، وما يزيد على ٩٠% من هؤلاء المخالفين للقانون باستمرار كان لديهم اضطراب المسلك وهم أطفال (روي وآخرون .Rowe et al ، ٢٠٠٥) .

عوامل الحماية :

تشير عوامل الحماية إلى التأثيرات التي يمكن أن تلغى أو تضعف من تأثير العوامل المساعدة على ظهور الاضطراب ، وهذه العوامل تعمل بطريقة ما على زيادة قدرة الفرد على المرونة أو التكيف ، وهذا يعنى أن عوامل الحماية تتمثل في غياب العوامل المساعدة على ظهور الانحراف ويتم تعريف عوامل الحماية على أنها المتغيرات التي يمكن أن تؤثر على ظهور الاضطراب ، والدراسات التي أجريت في هذا المجال ترى أن من أهم عوامل الحماية ما يلي :

- مجموعة العوامل التي تتعلق بسمات شخصية الفرد والتي تبدأ من مرحلة المهد وتستمر خلال مراحل النمو ، وتضم هذه المجموعة عدداً من العوامل مثل الذكاء العالي ، والمزاج أو الطبع المرن Resilient Temperament ، الالتزام الفردي بقيم ومعايير المجتمع ، والشعور بالكفاءة في المهارات المختلفة والثقة بالنفس والتقدير المرتفع للذات والنجاح المدرسي .

- مجموعة العوامل التي تتعلق بالأسرة والمجتمع وتضم هذه المجموعة العلاقات الإيجابية والودية مع الكبار التي تتمثل في التفاعلات الموجبة والدفء وتقديم النصيحة المخلصة ، والالتزام الأسرى بالقيم والمعايير الاجتماعية والعلاقات الاجتماعية الموجبة مع الآخرين ، والاشتراك في الأنشطة الجماعية الموجبة ، والحماية التي تقدمها المنظمات المجتمعية المعتمدة التي تقدم الحماية والرعاية .
- مجموعة العوامل التي تتعلق بالمساندة أو الدعم الخارجي وتضم هذه المجموعة مجموعة الأقران المنضبطة ، والمساندة التي يحصل عليها الفرد من الأشخاص ذوى الأهمية بالنسبة له ، وتقديم النصيحة المخلصة من جانب الكبار ، وكذلك المؤسسات المجتمعية القوية والثابتة على سبيل المثال المسجد ، والكنيسة ، والمنظمات الموجودة في الأحياء .

الإسهامات البيولوجية لاضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدي :

أوضحت نتائج الدراسات أن الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك أو اضطراب العناد والتحدي من المحتمل بدرجة أكبر من الأطفال العاديين أن يكون لديهم أنماط للشخصية المعادية للمجتمع ، كما أن آبائهم أيضاً من المحتمل بدرجة كبيرة أن يكون لديهم تاريخ يفيد بالقبض عليهم لارتكابهم جرائم عنف ، وانتهاك للقوانين ، وسوء استخدام المادة ، كما أن أمهاتهم يكون لديهن تاريخ يفيد بتعرضهن للاكتئاب (سميث وفارنجتون Smith & Farrington ، ٢٠٠٤) ، وهذا يعنى أن السلوك المعادى للمجتمع يحدث بدرجة كبيرة في أسر وعائلات الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك أو اضطراب العناد والتحدي .

والدراسات التي تناولت التوائم والتبني أوضحت نتائجها أن اضطراب

المسلك واضطراب العناد والتحدي ينتقلان بالوراثة ، فعلى سبيل المثال كشفت إحدى الدراسات التي اعتمدت على مجموعة كلية قوامها ١١١٦ زوجاً من التوائم الذين تبلغ أعمارهم ٥ سنوات أن ٨٢% من أفراد العينة يرجع اضطراب المسلك لديهم إلى العوامل الوراثية (ارسينالت وآخرون Arseneault et al. ، ٢٠٠٣) .

وأوضح عدد كبير من الباحثين أن الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك لديهم أوجه عجز عصبية Neurological Deficits كبيرة في الفصوص الجبهية Frontal Lobes وأنظمة المخ Brain Systems التي تتعلق بالتحكم في السلوك ، وأحد الأدلة التي توضح أن أوجه العجز العصبية تلعب دوراً في تطور وحدوث اضطراب المسلك هي الحقيقة التي تفيد بأن نسبة كبيرة من الأطفال الذين يعانون من اضطراب المسلك يكون لديهم أيضاً اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد Attention Deficit Hyperactivity Disorder (كلارك Clarke ، ٢٠٠٩) .

يضاف إلى ذلك أن الأطفال الذين لديهم اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يكون لديهم مشكلة في الحفاظ على الانتباه ، ويميلون إلى أن يكونوا سريعى الغضب ومندفعين في تصرفاتهم ، وهذه المشكلات يمكن أن تؤدى إلى حدوث اضطراب المسلك ، وخاصة عندما يتسبب الفشل الأكاديمى في الطرد من المدرسة ، والنبذ من جانب الأقران ، وأحد مصادر أوجه العجز العصبية التي يعانى منها هؤلاء الأطفال قد تكون التعرض لسموم المخدرات أثناء وجودهم في الرحم ، وتؤدى أوجه العجز العصبية هذه بعد ذلك إلى سلوك العناد والتحدي في مرحلة الطفولة المبكرة ، ويليها سلوك عدواني متزايد مضاد للمجتمع بدرجة شديدة عندما يكبر الطفل ، وهناك دليل آخر على أن العوامل البيولوجية تتسبب في حدوث

اضطراب المسلك ، وهو أن علامات الاضطراب تظهر لدى الأطفال الـذين يتم تشخيصهم حتى في مرحلة الرضاعة ، فالأطفـال الـذين يحـدث لهـم اضطراب المسلك يميلون إلى أن يكونوا أطفالاً متعبين أثناء الحبو أو تعلـم المشي ، وهذا ما يذكره أهلهم (نـولن – هويكسـما Nolen-Hoeksema ، ٢٠٠٧) .

وتذكر التقارير أنهم كانوا أطفالاً سـريعى الغضـب ومـرهقين ولا يمتثلون لطلبات أو أوامر أهلهم ، وكانوا اندفاعيين ولم يكن لـديهم القـدرة للسيطرة على تصرفاتهم أو التحكم في سلوكهم ، وكـانوا يتجـاوبون مـع الإحباط بالعدوان ، وهذا كله يوحى بأن الأطفال الذين تم تشخيصهم يولدون ذو طبع أو مزاج صعب يدل على أو ينذر بالسلوكيات المعادية للمجتمع التي سيتورطون فيها عندما يكبـرون (فريـك ومـوريس Frick & Morris ، ٢٠٠٤) .

وإحدى الطرق التي يتعلم من خلالها الأطفـال أن يسـيطروا علـى سلوكهم هي ربط العقاب بالسلوك غير المرغـوب ، والمكافـآت بالسـلوك المرغوب ، فالأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك يجدون صعوبة في التعلم من أسلوب العقاب والإثابة أو المكافأة وذلك لأنهم يثارون بدرجة أقـل مـن الأطفال الآخرين من الناحية الفسيولوجية ولقد أظهرت بعض الدراسـات أن الأولاد ذوى السلوك العدوانى وذوى السـلوك المضـطرب يكـون لـديهم مستويات منخفضة جداً من الكورتيزول Cortisol وهو أحد الهرمونات الذي ينظم عمليات أيض الكربوهيدرات ويحفظ مستوى ضغط الدم ويـتم إفـرازه عن طريق محور الكظر النخاعى للمهيد أو تحت سرير المخ للجهاز العصبي الهرموني ، ويفسر مؤشراً لاستجابة الجسم للضغوط (ماك بيرنيت وآخرون McBurnett et al. ، ٢٠٠٠) .

ودور هرمون السيروتونين Serotonin في حدوث السلوك العنيف كان الهدف الذي ركزت عليه الكثير من الدراسات التي أوضحت نتائجها أن الشباب الذي تكون مستويات السيروتونين لديه عاليه في الدم وذلك بالنسبة للآخرين في مثل عمرهم الزمني كانوا أكثر احتمالاً لأن يرتكبوا جرائم عنيفة ، ومع ذلك لم ترتبط مستويات السيروتونين في الدم بالعنف لدى النساء (موفيت وآخرون .Moffitt et al ، ١٩٩٨) ، ويرى عدد من الباحثين أن السلوك العدواني يرتبط بهرمون التيستوستيرون Testosterone (هرمون ذكرى تفرزه الخصية وهو مسئول عن الصفات الجنسية الثانوية) والتحليل البعدي للدراسات التي تناولت العلاقة بين هرمون التيستوستيرون والعدوانية وجدت ارتباطاً ضعيفاً ولكنه دال من الناحية الإحصائية (بوك وآخرون .Book et al ، ٢٠٠١) ، وتوصل روى وآخرون .Rowe et al (٢٠٠٤) أن الارتباط بين التيستوستيرون والعدوان يعتمد على السياق الاجتماعي للأفراد الذين يتم اختبارهم ، وفي دراسة أخرى توصل عدد من الباحثين إلى أن المستويات العليا لهرمون التيستوستيرون ترتبط بالأعراض المرضية لاضطراب المسلك وذلك لدى الأفراد الذين كان أقرانهم عرضة للاشتراك في سلوكيات منحرفة اجتماعياً وكذلك الأفراد الذين لم يكن أقرانهم يشتركون في سلوكيات منحرفة اجتماعياً ، وكان هرمون التيستوستيرون في نسبه الطبيعية مرتبطاً بالقيادة أو الزعامة ، وليس بالأحرى أعراض اضطراب المسلك .

الإسهامات الاجتماعية لاضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدي :

يوجد اضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدي بدرجة شائعة لدى الأطفال الذين ينتمون إلى الطبقات الاجتماعية الاقتصادية المتدنية والذين يعيشون في مناطق حضرية وذلك بدرجة أكبر مما هو الحال لدى الأطفال

الذين ينتمون إلى الطبقات الاجتماعية الاقتصادية المرتفعة والذين يعيشون في مناطق ريفية (كوستيلو وآخرون .Costello et al ، ٢٠٠١) ، وربما يرجع ذلك إلى تأثير مجموعة من العوامل الأخرى التي تتمثل في المصادر المالية المحدودة للأسرة التي ينعكس تأثيرها على الإشراف الجيد على الطفل والرقابة الجيدة عليه ورعايته ، كما تزيد من الضغوط النفسية الواقعة على الأسرة التي تنعكس آثارها على جميع أفراد الأسرة صغاراً وكباراً ، ومن ثم يتعرض الأطفال الصغار لاضطراب المسلك .

وأجرى كوستيلو وآخرون .Costello et al (٢٠٠٣) دراسة قدمت دليلاً على الدور السببي للفقر في حدوث السلوك المعادى للمجتمع ؛ حيث تم تتبع ١٤٢٠ طفلاً في المناطق الريفية بولاية نورث كارولينا North Carolina لعدة سنوات ، وكان حوالي ربع هؤلاء الأطفال من الأمريكيين الأصليين ، وأثناء متابعتهم تم افتتاح كازينو يمتلكه بعض الأمريكيين الأصليين وساعد ذلك على توفير زيادة مفاجئة وكبيرة في الدخل لبعض أطفال هؤلاء الأمريكيين ، وأدى ذلك إلى انخفاض معدلات اضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدي بين هؤلاء الأطفال الذين استفادت أسرهم من دخل الكازينو مقارنة بالأطفال الذين لم تستفد أسرهم من العمل في الكازينو .

وترتبط نوعية الأسلوب الوالدي الذي يتلقاه الأطفال ولاسيما الأطفال الذين لديهم قابلية للنشاط الزائد واضطراب المسلك ارتباطاً دالاً بما إذا كان حدث لهم زملة الأعراض المرضية الكاملة لاضطراب المسلك (سميث وفارينجتون Smith & Farrington ، ٢٠٠٤) .

والأطفال الذين تم معاملتهم معاملة رديئة وإيذائهم بدنياً من جانب والديهم أو تم إهمالهم بدرجة شديدة كانوا أكثر احتمالاً لأن يحدث لهم سلوك

مشين ومنحرف (ستوثامير – لوبير وآخــرون Stouthamer - Loeber et al. ، ٢٠٠١) .

وهناك متغير آخر له علاقة بذلك وهو عدم اشتراك الوالدين في شئون أطفالهم على سبيل المثال الأطفال الذين لا يعرف والديهم أصدقائهم أو مـــا يقومون به من أعمال أو تصرفات في المدرسة يكونون أكثــر احتمـــالاً لأن يحدث لهم اضطراب المسلك ، وعندما يتفاعل والدي الأطفال ذوى اضطراب المسلك مع أطفالهم ، فإن هذه التفاعلات تتسم بالعدوانية ، والعنف الجســمى والسخرية ، وصورة هذه الأسر هي صورة لا يتواجد فيهــا الوالــدين مــع أطفالهم في البيوت ، ولكن عندما يخطئ الأطفال بطريقة أو بــأخرى يقــوم الوالدين بصب غضبهم بعنف على هؤلاء الأطفال ، وهؤلاء الآبــاء أيضــاً ينزلون العقاب البدني الشديد بأطفالهم ، ويكون ذلك بدرجة أكبر فــي حالــة البنين عما هو في حالة البنات ، وقد يفسر ذلك جزئياً المعدل الأعلى لانتشار اضطراب المسلك عند الذكور (سميث وفارنجتون Smith & Farrington ، ٢٠٠٤) .

والأطفال الذين يعيشون في مثل هذه العائلات قد يتجهون أو يتحولون إلى أقرانهم أو رفاقهم لقد يتلقوا الحب والرعاية والاهتمام ، وفي نفس الوقت لكي يهربوا من أهلهم ، ولسوء الحظ فإن هذه الجماعــات مــن الرفــاق أو الأقران تتكون من أطفال آخرين لديهم اضطراب المسلك ، ومجموعة الرفاق أو الأصدقاء المنحرفين هذه تميل إلى تشجيع الأعمال الانحرافية بل وتــوفر الفرص لممارسة مثل هذه الأعمال ، فعلى سبيل المثال فإن أفراد مجموعة الرفاق من المراهقين قد يشجعون عضواً حديثاً على ارتكاب حادثــة ســرقة لكي يوضح أو يثبت أنه رجل ويقدمون لــه الســلاح وسـيارة للهــروب ، والأطفال الذين يصبحون جزء من مجموعة الأقران المنحرفين من المحتمل

بدرجة خاصة أن يبدءوا في سوء استخدام المشروبات الكحولية والمخدرات المحرمة أو الممنوعة والتي تؤدى بدورها إلى زيادة في الأعمال الإجرامية .

ويرى سميث وفارنجتون Smith & Farrington (٢٠٠٤) أن الأطفال الذين لديهم ميول معادية للمجتمع يميلون إلى اختيار الرفاق الذين لديهم ميول متشابهة ، وعلى العكس فإن المراهقين والشباب الذين يعانون من اضطراب المسلك ولهم علاقات وثيقة مع الآخرين الذين لا يوجد لديهم مثل هذه المشكلات من المحتمل بدرجة كبيرة جداً أن يتعافوا من اضطراباتهم السلوكية ، والذكور الصغار في السن والمنحرفين الذين يتزوجون نساء شابات ليس لديهن أي تاريخ من المشكلات السلوكية يميلون إلى التوقف عن أعمالهم الإنحرافية ولا يشتركون في مثل هذه الأعمال مرة ثانية .

والعوامل البيولوجية وكذلك العوامل الأسرية التي تساهم في حدوث اضطراب المسلك ربما تحدثان في زمن واحد ويوجهان مسار الطفل نحو السلوكيات المعادية للمجتمع التي يصعب التوقف عنها ، والمشكلات النفسية العصبية المرتبطة بالسلوك المعادي للمجتمع ترتبط باستخدام الأم للمخدرات والتغذية السيئة ، والتعرض للسموم ، وتناول المضادات الحيوية خلال الثلاث شهور الأولى من الحمل ، والتعرض لأشعة X في مرحلة ما قبل الولادة ، والأطفال الرضع والأطفال في سن المشي الذين لديهم مثل هذه المشكلات النفسية والعصبية يكونون سريعى الغضب ، ومندفعين ، ولديهم نشاط زائد ، ونقص في الانتباه ، ويصعب السيطرة عليهم ، كما أنهم بطيئي التعلم وذلك بدرجة أكبر من أقرانهم العاديين ، وهذا يجعل من الصعب على والديهم العناية بهم ، كما أن هؤلاء الأطفال يكونون في مخاطرة كبيرة من جراء المعاملة السيئة والإهمال من جانب والديهم ، بالإضافة إلى ذلك فإن أهل هؤلاء الأطفال من المحتمل أنهم كانوا يعانون من مشكلات نفسية

ساهمت في وجود أسلوب والدي لديهم يتسم بالغلظة ، وعدم الفاعلية ، وسوء التوافق ، وبالتالي فمن الممكن أن تكون لدى أطفالهم استعدادات بيولوجية لحدوث السلوك المشين والسلوك المعادى للمجتمع .

وفي دراسة طولية تتبعية لمجموعة من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم من ٣ سنوات حتى مرحلة الرشد جمع موفيت وكاسبى Moffitt & Caspi (٢٠٠١) ، وموفيت وآخرون .Moffitt et al (٢٠٠١) المعلومات عن شكل من أشكال اضطراب المسلك يبدأ مبكراً في مرحلة الطفولة ويستمر ليتحول إلى شكل عنيف في مرحلة الرشد ، ووجدوا أن هذا الاضطراب هو نتيجة للتفاعل بين الاستعداد البيولوجي والمزاج أو الطبع الصعب ، وأوجه العجز المعرفية ، والبيئة الأسرية التي تتسم بأسلوب غير كافٍ ، والروابط الأسرية المفككة والمشتتة ، وعلى العكس فالمراهقين الذين يتسمون بأنهم ينتهكون للأعراف والنظام الاجتماعي السائد في المجتمع (معاداة المجتمع) يكونون أقل احتمالاً لأن يحملوا هذه التركيبة المدمجة لعوامل للمخاطرة البيولوجية والبيئية ، كما أوضحت نتائج دراسة أخرى قام بها لينام وآخرون .Lynam et al (٢٠٠٠) أن الاندفاعية لدى الذكور الذين يتربون في أحياء فقيرة تتسم بأعمال العنف ترتبط بمخاطرة كبرى من جراء الانحراف في مرحلة المراهقة المتأخرة فقط .

الإسهامات المعرفية لاضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدي :

يميل الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك إلى تشغيل المعلومات عن التفاعلات الاجتماعية بطرق من شأنها أن تزيد من ردود الأفعال العدوانية لهذه التفاعلات ، فهم يدخلون في التفاعلات الاجتماعية بافتراض أن الأطفال الآخرين سيكونون عدوانيين نحوهم ، ويستخدمون هذا الافتراض لتفسير تصرفات أقرانهم ، فعلى سبيل المثال عندما يصطدم طفل بآخر مصادفة ،

فإن الطفل الذي لديه اضطراب المسلك يفترض أن هذا الاصطدام مقصـــوداً وهذا يعنى الاستفزاز للدخول في مشاجرة ، وبالإضافة إلى ذلك فإن الأطفال الذين يعانون من اضطراب المسلك يميلون إلى الاعتقاد بـــأن أى تصـــرفات سلبية يتخذها الأقران ضدهم مثل أخذ أقلامهم المفضـــلة تعتبـــر تصـــرفات مقصودة ، وليست بالأحرى تصرفات بالصدفة أو غير مقصودة ، وبالتـــالي يلجأون إلى الرد على هذا الاستفزاز من جانب الزميل ، كمـــا أن الأطفـــال ذوى اضطراب المسلك يميلون إلى أن يفكروا في مجموعـــة صـــغيرة مـــن الردود أو التصرفات ويتضمن ذلك عادة العدوان ، وعندما يتم الضغط عليهم لكي يفكروا في استجابات أخرى غير العدوان نجد أن هؤلاء الأطفال يعبرون عن استجابات أو تصرفات غامضة أو مبهمة فهم يعتقدون غالباً أن الردود أو التصرفات التي لا يتضمنها العدوان تعتبر بلا جدوى وغير جذابة أو غيـــر مفيدة ، والأطفال الذين يفكرون في تفاعلاتهم الاجتماعية بهذا الأسلوب مـــن المحتمل أن يتصرفوا بطريقة عدوانية تجاه الآخرين ، وبعد ذلـــك نجـــد أن الآخرين قد ينتقمون أو يقومون بأعمال انتقامية رداً على ذلك العدوان فنجـــد مثلاً أن الأطفال الآخرين يضربونهم ومن ثـــم يعـــاقبون مـــن الوالـــدين أو المعلمين ، وينظر إليهم الآخرون بطريقة سلبية أو وضعية ، وبالتالي فـــإن هذه التصرفات من جانب الآخرين ربما تغذى افتراضات الأطفال بان العالم ضدهم مما يجعلهم يسيئون تفسير الأعمال المستقبلية من جانب الآخـــرين ، وهذا يمكن أن يبنى دورة من التفاعلات التي تساعد على استمرارية وتشجيع السلوكيات العدوانية والسلوكيات المضادة للمجتمع .

علاج الأطفال الذين يعانون من اضطراب العناد والتحدي :

العلاج الدوائي :

تم وصف العديد من الأدوية التي تستخدم في عـــلاج الأطفـــال ذوى السلوك العدوانى الحاد ، وذلك على الرغم من أن العلاج بالأدوية لم يثبت أنه

مفيد بالنسبة لهؤلاء الأطفال ، فالأدوية المضادة للاكتئاب Antidepressant Drugs تساعد في تقليل السلوك الانفعالي والسريع التهيج عند هؤلاء الأطفال (إمسيلى وآخرون .Emslie et al ، ٢٠٠٤) ، وأحياناً يتم وصف الأدوية الخاصة بالانقباض العصبي Neurolestic Drugs ولكن يؤخذ على هذه الأدوية أنها تخمد السلوك العدوانى عند هؤلاء الأطفال (تشانج Chang ، ٢٠٠٤) ، ومن غير الواضح ما إذا كان لهذه الأدوية أى تأثير على الأعراض الأخرى لاضطراب المسلك كالكذب والسرقة ، والأطفال الذين يعانون من اضطراب المسلك يتم بين الحين والآخر وصف الأدوية المنبهة لهم ، وهذه الأدوية تساعد أيضاً على خمد السلوكيات العدوانية (جوشى Joshi ، ٢٠٠٤) ، كما أن مثبتات الحالة المزاجية Mood Stabilizers بما في ذلك الليثيوم Lithium والأدوية المضادة للتشنج Anticonvulsant Drugs قد تكون علاجاً فعالاً للأطفال ذوى اضطراب السلوك العدواني (شانج وسميونوفا Chang & Simeonova ، ٢٠٠٤) ، وللحصول على تفاصيل أكثر يمكن الرجوع إلى الفصل السابق للإطلاع على العلاج الدوائي اضطراب المسلك .

العلاج النفسي والاجتماعي :

معظم العلاجات النفسية لاضطراب المسلك مستمدة من نظرية التعلم الاجتماعي ، وتركز هذه العلاجات على تغيير أسلوب الأطفال في تفسير التفاعلات البينشخصية وتعليمهم أن يأخذوا بآراء ووجهات نظر الآخرين ، وأن يهتموا بهذه الآراء أو وجهات النظر ، وأن يلجأوا للحديث الذاتي كطريقة للسيطرة على السلوكيات الاندفاعية ، وأن يستخدموا طرقاً أكثر توافقاً ومواءمة لحل الصراعات بدلاً من اللجوء إلى العدوان (كازدين Kazdin ، ٢٠٠٣ب ؛ لوكمان وآخرون .Lochman et al ، ٢٠٠٣) .

و تحاول كثير من العلاجات أن تشرك الوالدين بالإضافة إلى الأطفال وأن تغير أنماط التفاعل داخل الأسرة التي تساعد على استمرار الأطفال في إظهار السلوك المعادى للمجتمع (ويبستر – ستراتون وريد - Webster Stratton & Reid ، ٢٠٠٣ أ) .

العلاج المعرفي السلوكي Cognitive - Behavioral Therapy

إن الخطوة الأولى للعلاج المعرفي السلوكي هي تعليم الأطفال أن يتعرفوا على المواقف التي تثير الغضب أو السلوكيات العدوانية أو المواقف التي يميلون فيها إلى أن يكونوا اندفاعيين ، ويتم عمل ذلك من خلال ملاحظة الأطفال في أماكنهم الطبيعية ثم توضيح المواقف الافتراضية وكيف سيتفاعل الأطفال معها ، وجعل الأطفال يحتفظون بمفكرات يومية يدونون فيها مشاعرهم وسلوكياتهم ، ويتم أيضاً تعليم الأطفال أن يحللوا أفكارهم في هذه المواقف ، وأن يفكروا في طرق بديلة لتفسير المواقف ، والافتراضات بأن الأطفال الآخرين أو الكبار يتصرفون بطريقة حقيرة أو وضيعة تجاههم عن قصد يتم تجنبها ومساعدتهم على أن يأخذوا بوجهات نظر الآخرين في المواقف ، وبعد ذلك يتم تعليم الأطفال استخدام الحديث الذاتى لمساعدتهم على تجنب التفاعلات السلبية في المواقف المختلفة فهم يتعلمون أن يتحدثوا لأنفسهم في المواقف الصعبة وأن يكرروا العبارات التي تساعدهم على أن يهدأوا أنفسهم ، وأن يفكروا في طرق أخرى ملائمة للتصرف في هذه المواقف ، فعلى سبيل المثال الطفل الذي يميل إلى الرد على الاستفزاز من جانب الآخرين عن طريق الضرب المباشر لهم والركل ربما يتعلم أن يفكر كالتالي :

اهدأ .... اهدأ ..... اهدأ .

تنفس بعمق وعد إلى خمسة ..... اهدأ .

اهدأ ... اهدأ.... اهدأ .... وفكر فيما تفعله .

لا أريدك ان تغضب .... اهدأ .

اهدأ .... ولا تندفع .

ويقوم المعالجون بتعليم الأطفال المهارات الملائمة لحل المشكلات عن طريق مناقشة المواقف التي تحدث فيها مشكلات حقيقية أو مشكلات افتراضية ويتم مساعدتهم على إيجاد مجموعة متنوعة من الحلول الإيجابية للمشكلات ، ويتم عمل نماذج لهذه المواقف بواسطة المعالجين لكي يمارسها الأطفال في لعب الأدوار ، فعلى سبيل المثال إذا كان المعالج والطفل يناقشان كيفية الاستجابة أو الرد على طفل آخر اخترق الطابور في صالة توزيع الوجبات الغذائية في المدرسة ، هنا يقوم المعالج أولاً بعمل نموذج لاستجابة جازمة (وليست بالأحرى استجابة عدوانية) مثل القول التالى " أريد منك أن تتحرك وتقف في آخر الصف أو الطابور " وذلك للطفل الذي لم يقف في دوره ، وبعد ذلك يقوم طفل آخر بممارسة الاستجابة أو الرد الجازم ومتصنعاً ذلك أمام الطفل الذي اخترق الطابور لكي يكتسب المنظور الذي أدى بالطفل إلى أن يتصرف هذا التصرف أو يسلك بهذه الطريقة .

وبعض العلاجات النفسية الاجتماعية للأطفال الذين يعانون من اضطراب المسلك تتضمن الوالدين أيضاً وخاصة إذا كانت ديناميات الأسرة تدعم اضطراب المسلك عند الأطفال (كازدين Kazdin ، ٢٠٠٣ب ؛ ويبستر - ستراتون وريد Webster - Stratton & Reid ، ٢٠٠٣ أ) .

ويتم تعليم الوالدين أن يعززوا أو يشجعوا السلوكيات الموجبة عند أطفالهم ولا يشجعوا السلوكيات العدوانية التي لا تراعى المعايير الاجتماعية السائدة في المجتمع والتي يجب احترامها ، كما يتم تعليم الوالدين الاستراتيجيات المشابهة للاستراتيجيات التي يتم وصفها بالفعل للتحكم في

نوبات الغضب التي تعتريهم ويتم أيضاً تعليم الأطفال الأساليب الفنية الخاصة بالانضباط ، ولسوء الحظ قد يكون من الصعب إشراك الوالدين الذين يحتاجون إلى تحسن كبير في مهارات أسلوب التعامل في العلاج (كازدين Kazdin ، ٢٠٠٣ ج) .

وعلاوة على ذلك لكي يكون العلاج فعالاً يجب على المعالجين أن يكونوا حساسين ومتفهمين للفروق الثقافية في المعايير بالنسبة لسلوك الأطفال والوالدين ، فعلى سبيل المثال في الأسر الملونة (الزنوج) من المفيد اشتراك الأسر الممتدة (أي الجدود ، والأعمام ، والخالات ، والعمات ، والأخوال) في العلاج الأسرى بالإضافة إلى الوالدين الذي يعانى طفلهم من اضطراب المسلك (دودلى- جرانت Dudley - Grant ، ٢٠٠١) ، وتقترح الدراسات المتعلقة بالعلاج القائم على نظرية التعلم الاجتماعى أن هذه العلاجات من الممكن أن تكون فعالة بدرجة كبيرة في تقليل السلوك العدوانى والاندفاعي عند الأطفال ، ولاسيما التدخلات العلاجية التي تتم في البيت أو في حجرة الدراسة (ويبستر- ستراتون وريد Webster - Stratton & Reid ، ٢٠٠٣ أ) .

ولسوء الحظ فإن كثيراً من الأطفال الذين يعانون من اضطراب المسلك تحدث لهم انتكاسة بعد فترة قصيرة وخاصة إذا كان لوالديهم مهارات رديئة في التربية أو من مدمنى الخمور أو غيرها من أنواع سوء استخدام المخدرات أو يعانون من أي حالة مرضية نفسية أخرى ، ويكون للتدخلات العلاجية نتائج إيجابية وطويلة الأجل إذا تم البدء فيها مبكراً في حياة الطفل المضطرب سلوكياً ، كما أن جلسات التعزيز والمساندة للعلاج الإضافي بعد العلاج الأولى تساعد الطفل على تجنب الانتكاس أو عودة الاضطراب إلى حد كبير (نولن هويكسما Nolen - Hoeksema ، ٢٠٠٧) .

وتقوم العوامل الأسرية بدور مهم في حدوث اضطراب العناد والتحدي ، فهذا الاضطراب يبدو أكثر شيوعاً في الأسر التي بها أحد الوالدين على الأقل له تاريخ يفيد بوجود اضطراب العناد والتحدي ، و اضطراب المسلك ، واضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد ، واضطراب الشخصية المعادية للمجتمع Antisocial Personality Disorder والاضطراب المتعلق بالمادة Substance Related Disorder واضطراب الحالة المزاجية Mood Disorder ، والخلافات أو النزاعات الزوجية الخطيرة في الأسرة ، ترتبط أيضاً باضطراب العناد والتحدي ، كما أن العلاقة بين الوالدين والطفل في حالة وجود اضطراب العناد والتحدي تشمل التأديب القاسي من جانب الوالدين ، بالإضافة إلى نقص إشراف الوالدين على أطفالهم ، وعدم اشتراكهم في تعليم أطفالهم ، وهناك عوامل أخرى قد تبدو هامة وهي الطرق التي يتم من خلالها مساعدة الوالدين لأطفالهم ليصبحوا اجتماعيين ، وأن يقوموا بتعديل سلوكهم طبقاً لما يتطلبه الموقف .

وعلى وجه العموم فإن الممارسات الوالدية السلبية والاضطرابات النفسية لدى الأمهات تنبئ بأن اضطراب العناد والتحدي سيستمر عبر الوقت ، وبرامج تدريب الوالدين تقلل من سلوك المعارضة عند الأطفال كما أنها تحسن أيضاً من المهارات الوالدية ، وتؤكد ذلك نتائج الدراسات التي أجريت في هذا الصدد والتي وأوضحت أنه بعد مرور ٦ شهور من انقضاء البرنامج ظلت التحسينات مستمرة ومستقرة لدى كل من الوالدين والأطفال (نولن – هويكسما Nolen-Hoeksema ، ٢٠٠٧) ، والأطفال الذين لديهم اضطراب العناد والتحدي يظهرون نمطاً متكرراً وغير ملائم لأعمارهم وهذا النمط يتسم بالعدوانية والعناد والتحدي ، واشتمل الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية على اضطراب العناد والتحدي للفت الانتباه إلى الأعراض الأولية للسلوك المعادى للمجتمع والعدواني الذي

يظهره الأطفال في سن ما قبل دخول المدرسة وسن دخول المدرسة ، ونظراً لأن الكثير من هذه السلوكيات مثل نوبات الغضب أو المجادلة تعتبر شـائعة إلى حد كبير جداً بين الأطفال الصغار فهناك شكوك بشأن قابلية تطبيق النمط أو البند الذي يشير إلى ذلك ، ومع ذلك فالدليل على وجود مجموعة مسـتقلة من السلوكيات الظاهرة وغير المدمرة كالعناد والتحدي والمجادلـة يؤيـد أن اضطراب العناد والتحدي يعتبر اضطراباً متميزاً .

وأوضحت نتائج العديد من الدراسـات أن السـلوكيات التـي تميـز اضطراب العناد والتحدي لها آثار سلبية بدرجة شديدة جداً على التفاعل بين الوالدين والطفل (جرين ودويل Greene & Doyle ، ١٩٩٩) ، وهنـاك نسبة تصل إلى ٧٥% من الأطفال في سن ما قبل دخول المدرسة والذين يتم تحويلهم للعيادات يأتون من بيئات متدنية الدخل تنطبـق علـيهم المعـايير الخاصة باضطراب العنـاد والتحـدي (كيلـان وواكسـيلاج Keenan & Wakschlag ، ٢٠٠٠) .

إرشاد الوالدين لعمل الاتصالات الواضحة :

يشير التدخل العلاجي الأولى والمعقول من جانب أطباء الأسرة إلـى تعليم الوالدين كيفية إجراء الاتصالات الفعالة من أجل تحقيق الامتثال الجيـد والمفيد ، فينبغي على الوالدين أن يصدروا أوامر واضحة ومباشرة ومحـددة مثل : أريد منك أن تعد المائدة للعشاء الآن ، ومن المهم ألا تكون الأوامر أو الطالبات سلبية أو منفية على سبيل المثال : لا تضـيع كـل عمـرك أمـام التليفزيون ، والأجدر أو الأفيد أن يقول له ربما تكون متعاوناً فـي إعـداد العشاء الليلة ، وإذا لم يتم الامتثال للنشاط المطلوب خلال ١٠ ثواني يجب أن يلي ذلك تذكرة لفظية ، وعندما نصدر الأمر للمرة الثالثة ينبغي إقناعه بنتيجة معقولة وواضحة مثل : إذا لم تنتهي من إعداد المائدة في ١٥ دقيقة ستخسر

نصف ساعة أو ساعة من وقت فراغك الذي تقضيه مع أصدقائك الليلة مثلاً وينبغي أن تكون النتائج المختارة عبارة عن تحديدات تدل على أن الوالدين يستطيعا بطريقة واقعية أن ينفذوا هذه القرارات ، وذلك بدلاً من إصدار قرارات مبهمة ولا يمكن تنفيذها فمثلاً لا ينبغي أن تقول : إنك لا تفعل أبداً ما أطلبه منك إنك تدفعني إلى الجنون حسناً إني سأجعل حياتك جحيماً طوال العام .

استراتيجيات للتعامل مع الأفراد الذين لديهم اضطراب العناد والتحدي :

كثير من المعلمين يشدون شعورهم أو يعانون الأمرين ويتساءلون عما إذا كان بإمكانهم أن يظلوا على قيد الحياة ليوم آخر وهم يتعاملون مع تلميذ لديه سلوك أو اضطراب العناد والتحدي ، فهؤلاء التلاميذ يكون لديهم قدر كبير من التحدي والتصارع ، والحقد ، وحب الانتقام ، كما أنهم يثيرون أعصاب المعلمين الذين يواجهون تحديات كبيرة في حجرة الدراسة أثناء تعاملهم مع هذه النوعية من التلاميذ ، ولسوء الحظ فإن المعلمين يواجهون صعوبات كبيرة من التلاميذ الذين لديهم اضطراب العناد والتحدي واضطراب المسلك في مدارسنا .

وفيما يلي بعض المقترحات لمساعدة المعلمين والوالدين على التعامل مع التلاميذ الذين يظهرون أوجه سلوك تتسم بالمعارضة والتحدي ، وأهم نقطة هي أن نتذكر أن الدافع الأساسي للتلميذ الذي يعاني من اضطراب العناد والتحدي هي مقاومة السيطرة أو التحكم أو التوجيه من أي شخص كبيرة ، وكلما بدا الشخص الكبير أنه أكثر تحكماً أو سيطرة كلما يصبح التلميذ أكثر معارضة وتحدياً ؛ ولهذا فإن تطوير خطة للسلوك تضع في اعتبارها هذه النقاط من شأنها أن تقلل من تصعيد السلوكيات ، وهناك نقطة أخرى يجب تذكرها وهى أن هؤلاء الأفراد يحتاجون إلى قواعد وقوانين ،

وأوجه ثواب أو مكافأة ، وعقاب وحب وتوجيه وإرشاد وإحساس بالأمـــان ، والبيئة التي يتم إعدادها لهذا الغرض يمكن تصورها كسياج يحـيط بــالفرد ويذكره بصفة مستمرة بحدود السلوك المقبول ويمكن زيادة أو توسـيع هـذه الحدود في الوقت المناسب ، ولكن لا ينبغي أن تفتح البوابة للحرية الكاملـة بدون إشراف إلى أن يكون الفرد مستعداً ، وهناك العديد من الإرشادات الفنية للهروب من المواقف التي قد يواجهها المعلمون في تفاعلهم مع الأفراد الذين لديهم اضطراب العناد والتحدي منها :

- تجنب الرد أو الاستجابة بطريقة انفعالية حتى لا يشعر التلميـذ بـأن المدرس غاضباً أو متهكماً .
- تجنب مواجهة التلميذ بالقرب من رفاقه أو زملائه .
- الرد أو الاستجابة بهدوء وبدون انفعال .
- محاولة الإقناع .
- تجنب إسكات أو إذلال التلميذ .
- تزويد التلميذ بمجموعة من الإرشادات التي يمكن من خلالها تقليل قوة الصراع .
- تحديد النتائج بوضوح وذلك قبل أن تحدث المشكلات .
- الاستماع جيداً للتلميذ قبل أن تتفاعل معه أو تقوم بأي رد فعل .
- إعطاء تعليمات مختصرة ومباشرة بنعمة أو أسلوب هادئ .
- مناقشة أي مشكلة مع الطالب بهدوء وعلى انفراد .
- الابتعاد قبل أن يصبح الموقف ساخناً أو متوتراً جداً .
- حدد مسبقاً نتائجك ، وبعد ذلك استمر أو واصل العمل حتى الإنجاز .
- قرر أي القواعد قابلة للتفاوض وأيها لا تكون قابلة للتفاوض .
- اترك ملحوظة موجبة لكي يكتشفها التلميذ .

ومن المهم بدرجة كبيرة أن يتم استخدام طريقة جماعية عند تطوير خطة للتدخل لتنفيذها في البيت والمدرسة والمجتمع ؛ ولذا يجب تكوين أو إعداد فريق من المعلمين ومن الأخصائيين العاملين في المدارس ، وكذلك الأخصائيين النفسيين وغيرهم من المتخصصين في الصحة النفسية والإرشاد النفسي ، وهذا الفريق يجب أن يعمل معاً لضمان نجاح التلميذ في مجموعة متنوعة من المواقع ، وفيما يلي بعض الاستراتيجيات التي أتت بثمار طيبة عندما قام بتطبيقها الوالدين والمعلمين وأعضاء الفريق ، وهذه الاستراتيجيات عندما يتم تنفيذها بطريقة متسقة ثبت أنها فعالة جداً فيما يتعلق بأدوار التدريس والرعاية الوالدية :

- لا تهدد إلا إذا كنت راغباً في تنفيذ هذه التهديدات ؛ وذلك لأن تهديد التلاميذ الذين لديهم اضطراب العناد والتحدي يسمح لهم باختبار قدرتك على تحقيق هذه التهديدات .
- حدد بوضوح نتائج الشكوى والسلوك غير المتمثل ، فهذا يعمل على إيجاد علاقة مباشرة بين السلوك المرغوب فيه ، والسلوك غير المرغوب فيه ، والنتائج المتعلقة بذلك ، وتجنب زيادة حدة المجادلة أو النقاش .
- حدد بوضوح السلوكيات التي تتوقعها ، فالتلاميذ الذين لديهم اضطراب العناد والتحدي يبحثون باستمرار عن بوابة مفتوحة وفرصة لتحدى التوجيهات أو تبرير المواقف .
- أثناء المواجهات لا تسمح لانفعالاتك أن تتحكم فيك فمع التلاميذ الذين يعانون من اضطراب العناد والتحدي فإن غضبك يوضح أنهم يسيطرون عليك .
- أبقى دائماً هادئاً وبارداً ومتماسكاً في ظل أكثر الظروف تحدياً أو في أشد المواقف .

وعلى الرغم من أن الأفراد الذين لديهم اضطراب العنـــاد والتحـــدي يمكنهم أن يتحدوا المعلمين والوالدين ، فبإمكـــانهم أن يكونـــوا قادتنـــا فـــي المستقبل ، فإذا تم توجيههم بطريقة ايجابية يكونون قادرين على التحكم فـــي المواقف ، ومن ثم تطوير جوانب أو نواحي القوة لدى هؤلاء الأفراد ، الأمر الذي يدفعهم إلى الشعور بالارتياح ويصبحون أعضاء منتجين ومثمرين فـــي المجتمع .

الفصل السابع

التدخلات الوقائية

مقدمة :

تُعد مشكلات المسلك أو السلوكيات المعادية للمجتمع أعمال لا تتناسب مع أعمار الأطفال الذين يتورطون في هذه السلوكيات التي تنتهك التوقعات الأسرية ، والمعايير المجتمعية ، والحقوق الشخصية للآخرين ، وممتلكات الآخرين ، والأطفال الصغار الذين لديهم اضطراب المسلك عادة وليس دائماً ينمون أو يتربون في أسر مفككة وظروف بيئية سيئة ؛ حيث يجربون الإساءة الجسمية ، والإهمال ، والفقر ، والتعرض للنشاط الإجرامي ، وهذه الظروف لا تعطي عذراً لتصرفهم أو سلوكهم بل بالأحرى تقدم لنا خلفية هامة لفهم ومنع أو الوقاية من اضطراب المسلك (ترفوTervo ، ٢٠٠٥) .

والأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك يكونون غالباً مضطربين ومنزعجين ويحتاجون إلى المساعدة ، وفي نفس الوقت فإن فداحة أو فظاعة أعمالهم ربما تثير الغضب والقلق ، والشفقة على الضحايا الأبرياء ، ورغبة عارمة في الانتقام الشديد من هؤلاء الأطفال أو حبسهم (كازدين Kazdin ، ١٩٩٥) ، وعندما يكبر هؤلاء الأطفال فإننا نراهم في مراكز الصحة النفسية أو في مؤسسات رعاية الأحداث لعلاجهم وتأهيلهم ، ونجد أن غالبية الناس يطالبون بالقصاص وتطبيق العدالة على هؤلاء الأوغاد من أجل حماية الضحايا (ماشن وولف Mash & Wolfe ، ٢٠٠٧) .

العوامل الوقائية لاضطراب المسلك :

يتوافر لدى بعض الأطفال عدد من العوامل التي ترتبط بمخاطر متزايدة لحدوث مشكلات سلوكية ، ومع ذلك لا يستمرون في حدوث اضطراب المسلك فالعوامل الوقائية تعدل من الاستجابة للضغوط ، وقام

ويرنر وسميث Werner & Smith (١٩٩٢) بدراسة عن العوامل الوقائية لاضطراب المسلك لما يزيد على ٢٠٠ طفل رضيع مولودين عام ١٩٥٥ في جزيرة هاواى Hawaiian Island تم تتبع وتقدير الأطفال في أوقات متعددة حتى سن ٣٢ عاماً ، ووجد أن الأطفال الذين لديهم مرونة أي لديهم القــدرة على التصرف حيال المنغصات الداخلية ، والمنغصات الخارجية لبيئتهم كانوا متشابهين في أنهم :

- لديهم القدرة على استخراج الاستجابات الموجبة من الآخرين ، وكذلك المهارات التي أدت إلى استخدام فعال لقدراتهم .
- جذابين للآخرين .
- لديهم اتصالات جيدة ومهارات حل المشكلات .
- قادرين على الاستجابة والتعلق بمقدمي الرعاية البديلين .
- لديهم نسبة ذكاء عالية ، ولديهم قدرات وطباع واستعدادات جيدة .
- لديهم القدرة على الاندماج والتفاعل مع رفاقهم ومع الأشخاص الأكبر سناً .
- تربوا وكبروا مع خمسة أطفال أو أقل لمدة عامين كحد أدنـــى بــين الطفل وأخيه التالي له أو المولود بعده .
- لديهم والدين يتمتعون بمهارات الرعاية التي أدت إلى الكفاءة وزيــادة تقدير الذات .
- لديهم شعور بالمسئولية والانضباط الذاتي .

وهذه العوامل مجتمعة ثبت أنها هامة جداً في منع حدوث المشــكلات السلوكية ، ومن ثم تعد عوامل وقائية لمنع حدوث اضطراب المسلك .

وتشمل عوامل الحماية طبقــاً لآراء وادل وآخــرون .Waddell et al

(١٩٩٩) المستويات العليا من الذكاء ، والمهارات الاجتماعية الجيدة ، والمزاج الهادئ ، وعادات العمل الموجبة أو الايجابية ، والعلاقات الايجابية مع الكبار والراشدين ، ونظراً للارتباط القوى للعوامل البيئية والأسرية لاضطراب المسلك فإن بعض الأطفال والشباب قد يتبنون سمات اضطراب المسلك كإستراتيجية وقائية أو للحماية ؛ ولذا فمن المهم أن يضع الكلينيكيون السياق الاقتصادي والاجتماعي عند تقدير اضطراب المسلك ، ويزعم كثير من الكلينيكيين أن برامج الوقاية أو المنع Prevention Programs تعد برامج واعدة إلى حد كبير في علاج اضطراب المسلك ويجب أن تبدأ في مرحلة الطفولة المبكرة .

وتعد الوقاية أهم علاج لاضطراب المسلك ، فالإجراءات الوقائية التي يتم استخدامها تساعد الأطفال على تطوير المهارات التي تعطيهم خبرات ناجحة أثناء نموهم ، وأحد الفروق الهامة بين الأطفال العدوانيين والأطفال غير العدوانيين هو أن الأطفال العدوانيين يظهرون مزيداً من التحيز في تفسير أسباب التفاعلات الاجتماعية وخاصة في المواقف التي لا يكون فيها السبب واضحاً ، على سبيل المثال تسديد ضربة بكرة من الخلف (على الظهر) فإن الأطفال العدوانيين يفسرون هذا العمل على أنه عمل عدواني ، وأحياناً قد تحدث هذه الاستجابة بسبب الخبرات الماضية فعلى سبيل المثال ذكر أحد الأخصائيين النفسيين الحادثة التالية :

" كنت أعالج صبياً مراهقاً عدوانياً يسمى روكى Rocky وذلك بواقع جلستين في الأسبوع ، وكان هذا العلاج يستغرق وقتاً طويلاً (علاج طويل الأجل) ، ولقد أقمت معه علاقة جيدة ، وفي أحد الأيام رأيت روكى في الصالة واقتربت منه من الخلف وهو يتحدث مع أحد أقرانه ، ولمسته على

كتفه وقلت له أهلاً ، وفي هذه الأثناء استدار روكى وباندفاع لكمني على فكي ، وبمجرد أن أدرك من الذي ضربه ، اعتذر عدة مرات قائلاً أنه اعتقد أنني مريض آخر في العنبر ، ولقد كان من الواضح لي أن روكى كان يتوقع هجوماً عليه من شخص آخر (دودج Dodge ، ١٩٨٥) .

متى يتم التدخل :

ما أنسب وقت للتدخل لمنع نشوء أو حدوث اضطراب المسلك ؟ ، أوضحت نتائج الدراسات أن السلوك المضطرب يبدأ في فترة مبكرة جداً خلال السنوات الثلاث الأولى من الحياة ، وأن التفاعل بين العوامل الوراثية والبيئية يؤدى إلى ظهور الاضطراب في مرحلة الرضاعة ؛ ولذا فإن المجموعة المعرضة للمخاطرة من الأطفال الرضع يجب تقديم فرص الوقاية الأولية أو الأساسية لهم ، والدراسات التي أجريت في هذا الصدد هدفت إلى تقوية النمو الجسمي والنفسي والانفعالي والمعرفي ، وفي كثير من الحالات لم تكن الوقاية من السلوك المضطرب هي الهدف الأساسي ، ولكن ملاحظة التأثيرات أو النتائج على السلوك كجزء من المتابعة الطويلة الأجل ، وبعض هذه التدخلات العلاجية وليس كل التدخلات العلاجية أظهرت وجود فوائد أو كانت مفيدة وذلك على الرغم من أن هذه الفوائد لم تكن طويلة الأمد دائماً .

والبرامج التي أعدت لهذا الغرض كبرنامج البداية الجيدة Starting Well والمشروع الأسكتلندى التنفيذي لصحة الطفل The Scottish Executive Child Health Demonstration Project والذي يتضمن زيارات صحية مكثفة من فترة ما قبل الولادة حتى السنوات الأولى من حياة الطفل ، وكذلك تدريبات على ضبط أو علاج سلوك الوالدين تقدم أملاً كبيراً للوقاية الأساسية من السلوك المضطرب ، ونظراً لأنه يسهل تحديد أو التعرف على الأطفال ذوى السلوك المضطرب في فترة ما قبل المدرسة ،

ومن الممكن التنبؤ بالأطفال الذين سيستمرون في اضطراب المسلك في المراحل التالية ، لذلك فإن فترة ما قبل المدرسة تقدم الفرص للوقاية من اضطراب المسلك ، والأطفال الذين لديهم سلوك عدواني ومعارض في سنوات المدرسة الابتدائية يمكنهم أن يشتركوا في برامج الوقاية على الرغم من أن الكثيرين منهم لديهم تاريخ يدل على السلوك المضطرب منذ فترة ما قبل دخول المدرسة ، والهدف من التدخل الوقائي العلاجي هنا هو منع أن يكون الاضطراب مزمناً .

التدخلات الوقائية :

تعتمد التدخلات الوقائية على مجموعة من الافتراضات التي تقدمها ويبستر – ستراتون Webster - Stratton (١٩٩٦) والتي تتمثل في :

- يمكن علاج مشكلات المسلك بسهولة كبيرة جداً لدى الأطفال الصغار عما هو الحال مع الأطفال الأكبر سناً .
- تقوية عوامل الحماية ، ومقاومة أو إبطال مفعول عوامل المخاطرة في سن مبكرة يحد من أو يمنع مجموعة من العوامل منها : المسار الإنمائي المتصاعد للعدوان المتزايد ، والنبذ من جانب الأقران ، وتدني تقدير الذات ، والفشل الدراسي أو الأكاديمي ، وهذه العوامل يمكن ملاحظتها بطريقة شائعة لدى الأطفال الذين لديهم مشكلات المسلك التي يبدأ حدوثها في مرحلة الطفولة .
- تخفض التدخلات الوقائية على المدى الطويل من التكاليف الكبيرة للخدمات المتمثلة في النظم التربوية ، والمحاكم ، وقطاع الصحة النفسية والمرتبطة بمشكلات المسلك .

وقامت ويبستر – ستراتون بتطوير برنامج تدخل مبكر ومكثف وفعال ومؤثر ومتعدد النظم بدرجة متزايدة للوالدين والمعلمين للتفاعل أو التعامل مع

الأطفال الذين تتراوح أعمارهم من سنتين إلى ثمـان سـنوات مـع وجـود مخاطرة بالنسبة لمشكلات المسلك ، وهذا البرنامج يستخدم شـرائط فيـديو تفاعلية كأساس للتدريب الأمر الذي يسمح بوجود استخدام واسـع الانتشـار بتكلفة منخفضة نسبياً وبالإضافة إلى تعليم الطفل مهارات الضبط السلوكي ، يتناول أيضاً البرنامج المصاعب المصاحبة الفردية والأسرية والمدرسية التي تصاحب مشكلات المسلك ، كما يتم تعليم الوالدين الاستراتيجيات الشخصـية للسيطرة على الذات للضبط أو التحكم في الغضب والاكتئاب واللوم ، ونتيجة لذلك فإنهم يتعلمون أيضاً مهارات الاتصال الفعال والاستراتيجيات المتعلقـة بالتعامل مع الصراع أو النزاع في البيت ، وفي العمل ، والطرق التي مـن شأنها تقوية المساندة الاجتماعية ، ويتم تدريب المعلمين على الطرق الخاصة بتقوية العلاقات الموجبة مع التلاميذ ، والأساليب الفعالة لضبط النظـام فـي الفصل ، والاستراتيجيات المتعلقة بتعليم المهـارات الاجتماعيـة ، وضـبط الغضب ، ومهارات حل المشكلات ، وكيفية زيادة التعاون مـع الوالـدين ، وهناك عدد من الدراسات قدمت تأييداً لفاعلية هذه التدخلات العلاجية المبكرة في تقليل مشكلات المسلك فيما بعد لدى نسبة كبيرة من الأطفال الذين اشترك أهلهم في هذه التدخلات ، وهذا التدخل العلاجي المبكر (برنامج الوقايـة) ينتشر بدرجة كبيرة في المدارس مع وجود تأكيد على مطابقة نوع وتوقيـت ومقدار التدخـل العلاجي لمسـتوى المخاطرة والاحتياجـات النوعيـة للطفل والأسـرة (ويبستر- ستراتون وريد Webster-Stratton & Reid ، ٢٠٠٣ أ) .

وهناك برنامج جديد تم تصميمه لمنع المسار المزمن للسلوك المعادى أو المضاد للمجتمع وهو برنامج Fast Track وهو برنـامج للوقايـة مـن مشكلات المسلك ، وهذا التدخل المبكر يعتبر مثالاً ممتازاً للجهـد المكثـف

والشامل اللازم لعلاج الأطفال الذين لديهم مشكلات خطيرة في المسلك ، ويتم توجيه أو تخصيص برنامج Fast Track لأطفال رياض الأطفال الذين في مخاطرة عالية والذين تم التعرف عليهم أو تحديدهم من خلال سلوكهم المشين وعلاقاتهم الرديئة مع أقرانهم ، ويهدف هذا البرنامج إلى تقليل السلوكيات المشينة والعدوانية في البيت وفي المدرسة ، وتحسين نوعية علاقات الطفل مع الوالدين والمعلمين والأقران ، كما يهدف أيضاً إلى تعليم الأطفال المهارات اللازمة والفعالة لحل المشكلات البينشخصية والتنظيم الانفعالي ، وهناك أهداف هامة أخرى مثل تنمية المهارات الدراسية أو الأكاديمية ولاسيما القراءة ، وتحسين نوعية العلاقات بين أفراد الأسرة وبين العاملين في المدرسة .

ويتضمن هذا البرنامج خمسة مكونات علاجية متكاملة تحقق الأهداف التالية :

١- تدريب الوالدين على الإدارة أو حسن التصرف .
٢- الزيارات المنزلية وإدارة الحالات .
٣- التدريب على المهارات الاجتماعية السلوكية المعرفية .
٤- إرشاد التلاميذ أو الأطفال في دراستهم ومساعدتهم دراسياً .
٥- التدخل العلاجي داخل الفصل الدراسي بمساعدة المعلم .

ويتم تنفيذ التدخلات الخاصة بهذا البرنامج بالتعاون الوثيق بين الوالدين والمعلمين والعاملين في المشروع ، وتكمن أوجه قوة البرنامج في أنها تستهدف أوجه العجز والمحددات التي أوضحها البحث على أنها هامة لدى الأطفال الذين يعانون من مشكلات المسلك إلى جانب أن البرنامج يستخدم إجراءات العلاج التي لها بالفعل بعض التأييد العملي .

والتقارير الأولية للنتائج التي تم التوصل إليها في نهاية الصف الأول

الابتدائي أوضحت وجود تحسينات متوسطة في العلاقة مع الأقران ، وفي الأداء الأكاديمي أو الدراسي ، وفي الجو العام داخل حجرة الدراسة ، وانخفاضات في مشكلات المسلك ، والارتقاء باتجاهات وقيم أسلوب الوالدين في التربية ، وبانتهاء الصف الثالث الابتدائي وجد أن ٣٧% من أطفال مجموعة التدخل العلاجي تعافوا من مشكلات المسلك الخطيرة بالمقارنة بـ ٢٧% من أطفال المجموعة الضابطة ، والتقديرات التي قدمها الوالدان والمعلمون قدمت تأييداً أكبر للوقاية من مشكلات المسلك في البيت والمدرسة وخاصة فيما يتعلق بالعلاقة مع الأقران ، والأداء الدراسي ، وكثيراً من النتائج التي تم التوصل إليها في نهاية الصف الأول تم الاستمرار فيها حتى نهاية الصف الثالث الابتدائي (بريمان Bierman ، ٢٠٠٢) .

وتعد النتائج السابقة نتائج واعدة ، والزمن فقط هو الذي سيخبرنا عما إذا كانت هذه الجهود المبذولة ستحقق الهدف المنشود منها على المدى الطويل لكي تمنع المشكلات المصاحبة للسلوك المعادى للمجتمع ، وعندما يدخل الأطفال المعرضين للمخاطرة العالية في مرحلة المراهقة فإن ذلك سيكون خطيراً وهاماً جداً لأن هذا هو الوقت الذي يحدث فيه معظم الانحراف الذي تم البدء فيه مبكراً .

وعلى الرغم من وجود تقدم هائل تم تحقيقه في مجال العلاج والوقاية من مشكلات المسلك إلا أن هناك الكثير الذي يجب أن يتم عمله ، والنتيجة الرئيسية التي يجب أن نستمدها من الجهود والمحاولات المبذولة في مجال التدخل العلاجي والوقاية هي أن درجة النجاح أو الفشل في علاج السلوك المعادى للمجتمع تعتمد على نوع وحدة أو شدة المشكلة السلوكية لدى الطفل وعوامل المخاطرة المرتبطة بها وكذلك عوامل الحماية منها .

ومما يجب الإشارة إليه أن الأطفال الذين ينتمون إلى أسر ذات مستوى

اجتماعي اقتصادي متوسط ، ولديها مشكلات سلوكية معتدلة تستفيد إلى حد كبير من التدخلات العلاجية الخاصة بالوالدين ، وكذلك التدخلات القائمة في المدرسة ، هذا بينما الأطفال الذين يعيشون في أسر تعانى من الخلل الوظيفي وينتمون إلى بيئة اجتماعية رديئة والذين يظهرون مشكلات سلوكية حادة ومستمرة يستفيدون بدرجة قليلة من هذه التدخلات العلاجية يستمرون في إظهار المشكلات السلوكية التي يعانون منها (روتر Rutter ، ٢٠٠٣) ، وإذا أردنا لهذه التدخلات العلاجية أن تنجح فإنه من الضروري البحث عن طرق فعالة ومؤثرة لمساعدة الوالدين على الاستمرار في التدخلات العلاجية التي ثبت أنها فعالة أو لها فوائد حقيقية .

وتهدف البرامج الوقائية إلى تفادى حدوث الاضطراب ، ويعد اضطراب المسلك من الاضطرابات التي يسهل استخدام التدخل الوقائي معها لسهولة تحديد مؤشرات أو منبئات السلوك المضطرب وخاصة فيما يتعلق بالعوامل الأسرية والاجتماعية ، ومن ثم فإن الأطفال الذين يكونون في مخاطرة يمكن تحديدهم أو التعرف عليهم بسهولة ، ونظراً لأن اضطراب المسلك له عواقب أو نتائج طويلة الأمد بالنسبة للأفراد المتأثرين به ، وأسرهم ، ومجتمعهم ؛ فإن الوقاية تقلل أو تخفض من العبء الطويل الأمد ، وهناك مجموعة شاسعة من المؤلفات التي تتناول الوقاية من اضطراب المسلك والمصاعب التي تتعلق بطرق أو مناهج البحث والتي تم مناقشتها آنفاً فيما يتعلق بتقييم برامج التدخل العلاجي ، وغالبية الدراسات التي تصف برامج الوقاية استخدمت عينات لم يتم تحويلها للعلاج (مثل الأطفال والأفراد الصغار الذين لم يتم تحويلهم إلى مراكز خدمات الصحة النفسية) ولم تعتمد هذه الدراسات على الأسس أو المعايير الموجودة في التصنيف الدولي للأمراض (ICD) ولكن بدلاً من ذلك فإنها ركزت على أوجه السلوك المميزة

للاضطراب ، وعلى الرغم من ذلك فإن عدد غير قليل من هـذه الدراسـات تضمنت الأطفال الذين تنطبق عليهم المعايير التشخيصية ، وركـزت علـى الجانب الوقائي عبر المدى العمري في سياقات مختلفة بطرق متعددة .

من الذي يكون هدفاً للتدخل الوقائي ؟ :

استهدفت برامج الوقاية المذكورة فـي مجموعـة المؤلفـات الطفـل المضطرب أو المصاب ، ووالديه ، وأسـرته ، ومعلميـه ، وأقرانـه ، أو مجتمعه أو مجموعة مركبة من كل ما سبق سرده ، وتتضمن برامج الوقاية التي تتناول الطفل المعرض للمخاطرة البرامج التي تقدم الرعاية النهارية أو اليومية ، وهذه البرامج تصاحبها غالباً استراتيجيات أخـرى مثـل تـدريب الوالدين على الإدارة وحسن التصرف (ماك كارتون وآخرون McCarton et al. ، ١٩٩٧) .

وبعض التدخلات العلاجية مثل التدريب على المهارات الاجتماعيـة ، والتدريب على المهارات المعرفية الاجتماعية تسـتخدم أيضـاً علـى أنهـا استراتيجيات للوقاية يتم تطبيقها على الأطفال الذين لا يتم تحويلهم للعلاج في مراكز الصحة النفسية ، وأظهرت التدخلات العلاجية المكثفة والمبكرة (التي تستمر لمدة عامين وتتضمن التدخلات العلاجية للوالـدين والطفـل) تقـدم ملحوظ (ترمبلاي وآخـرون Tremblay et al. ، ١٩٩٥أ) ، واسـتهدفت بعض البرامج التحصيل الدراسي أو الأكاديمي نظراً لأن الأطفال الذين لديهم سلوكيات مضطربة أو مشينة يكون تقدمهم أقل في المدرسة مقارنة بنظرائهم غير المتأثرين بهذا الاضطراب ، ومن المعروف أن هنـاك ارتبـاط بـين اضطراب المسلك وصعوبة القراءة ، وقد يكون مسـاعدة الأطفـال علـى التحصيل في المدرسة أمراً هاماً في منع نشوء السلوك المضطرب .

وكما يستخدم أسلوب تدريب الوالد على إدارة الأسـرة (PMT) فـي

علاج اضطراب المسلك فإنه يستخدم أيضاً فـي الوقايـة ، ولقـد ركـزت الدراسات على المستهدفين في مراحل مختلفة ، وخاصة أثناء فترة ما قبـل دخول المدرسة ، وأثناء فترة الالتحاق بالمدرسة الابتدائية ، وفي كثير مـن الحالات يتم استخدام أسلوب تدريب الوالد على إدارة الأسرة بالإضافة إلـى تدخلات علاجية أخرى ، وكثير من الدراسات التي اعتمدت علـى أسـلوب تدريب الوالد على إدارة الأسرة ذكرت وجود مشكلات بالنسبة للمواظبة على حضور التدريب ، ولذا فإن زيارة الوالدين في البيت قد تكون من الاعتبارات الهامة (ترمبلاي وآخرون .Tremblay et al ، ١٩٩٥أ) .

وتقدم جماعات الرفاق فرصاً لتغيير السلوك ، ويقصد بجماعات الرفاق هنا جماعات الرفاق ذوى السلوك الإيجابي والمراعى لقيم وعادات وتقاليـد المجتمع ، ويعمل مثل هؤلاء الأفراد كنماذج للسـلوك الملائـم ؛ وبالتـالي يقدمون فرصاً جيدة لتغيير أو تعديل السلوك ، ودمجهم في البرامج العلاجية أو الوقائية يساعد على تجنب الوصم بالعار للأطفال ذوى السلوك المشين أو الفوضوي ، والنتائج المستمدة من مثل هذه البرامج تعد نتائج واعدة ومشجعة على الرغم من الحاجة إلى المزيد من المتابعة الطويلة الأجـل (تـرمبلاي وآخرون .Tremblay et al ، ١٩٩٥ب) .

ويوحي انتشار السلوك المضطرب أو المشـين بـين الأفـراد الـذين يعيشون في الأحياء أو المناطق المتدنية من الناحية الاجتماعية الاقتصـادية بأن التدخل لإحداث تغيير بالمجتمع يمكن أن يمنع نشوء أو حدوث السـلوك المضطرب ، وبصفة عامة يبدو أن فعالية التدخلات العلاجية مـن جانـب المجتمع لا تستمر بعد مدة التدخل العلاجي وتعود المجتمعات إلـى حالتهـا الأصلية بمجرد أن يتوقف التدخل العلاجي (بارتون Barton ، ٢٠٠٣) .

ولكي نبدأ في تلبية احتياجات الأطفال والأفراد الصغار الـذين لـديهم

اضطراب المسلك يجب علينا أن نقدم ونوفر برامج التدخل العلاجـي التـي تستهدف هذا الاضطراب الراسخ ، وفي نفس الوقت نبدأ في مباشرة بـرامج الوقاية على الأفراد بصفة عامة وعلى المجموعات المستهدفة بصفة خاصة ، وتعد التدخلات العلاجية التي تبدأ في المراحل الأولى من الحياة هـي أكثـر التدخلات فائدة ، وتتناول نمو السلوك الإيجابي أو المؤيد والموالى للمجتمـع كجزء من مجموعة تهدف إلى تحسين وزيادة السلامة العامـة أو الرفاهيـة العامة للطفل ، ومثل هذه البرامج يمكن تطبيقها بطريقة مفيدة على العينـات السكانية المعرضة للمخاطرة ، والنماذج الحالية للتدخل العلاجي تركز علـى تدخلات علاجية محدودة الوقت تكون كافية بالنسبة لجميع الأطفال والأسر ، ومن المهم أنه عند تخطيط الخدمات أن نتعرف على الأطفال والأسر التي لا تجدي معها التدخلات العلاجية المحدودة الوقت ، أو التي لا تكـون كافيـة بالنسبة لهم ، وأن يتم تقديم رعاية مستمرة مع علاج مستمر أو على فتـرات كلما اقتضت الضرورة ذلك .

الفصل الثامن

العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدي

مقدمة :

يُعد العلاج المعرفي السلوكي Cognitive Behavior Therapy اتجاهاً علاجياً حديثاً له جذور في نظريات التعلم الاجتماعي والنظريات المتعلقة بالنمو التي تم اقتراحها في فترة الخمسينيات والستينيات من القرن الماضي ، وهذا الاتجاه العلاجي يقوم على الدمج بين العلاج المعرفي بفنياته المتعددة ، والعلاج السلوكي بما يتضمنه من فنيات ، ويتعامل مع الاضطرابات المختلفة من منظور ثلاثي الأبعاد إذ يتعامل معها معرفياً وسلوكياً وانفعالياً ، كما يعتمد على إقامة علاقة علاجية تعاونية بين المعالج والمريض يتحدد في ضوئها المسئولية الشخصية للمريض عن كل ما يعتقد فيه من أفكار مشوهة واعتقادات لاعقلانية مختلة وظيفياً تعد هي المسئولة في المقام الأول عن الاضطرابات التي يعانى منها المريض (لوكمان وبارديني Lochman & Pardini ، ٢٠٠٨) .

والعلاج المعرفي السلوكي من الأساليب العلاجية الناجحة والفعالة في علاج الاضطرابات السلوكية ، ويقوم هذا الأسلوب العلاجي على نظرية التعلم الاجتماعي لباندورا Bandura ؛ حيث يقوم المعالج بتحديد السلوكيات غير المرغوبة لدى الفرد ، ويعمل بعد ذلك على تعديلها بسلوكيات مرغوبة من خلال التدريب في المواقف المختلفة ، ونظراً لأن الأفراد الذين يعانون من الاضطرابات السلوكية يعوزهم التحكم في المثير فإن الخطوة الأولى في عملية العلاج هي توفير بيئة منظمة وجيدة التركيب تقلل من احتمالية ظهور السلوك المضطرب (مجدي الدسوقي ، ٢٠٠٦) .

ويؤكد العلاج المعرفي السلوكي بدرجة كبيرة على تكنيكات معرفية

معينة يتم تصميمها لإحداث تغييرات في التفكير ، وبالتالي إحداث تغييرات في السلوك أو الحالة المزاجية ، ويتضمن العلاج المعرفي السلوكي للأطفال والمراهقين عادة سلسلة من الإجراءات القائمة على أداء السلوك ، ويركز عادة على الأسرة والمدرسة في العلاج ، وربما يتضمن الجلسات الفردية والجلسات الجماعية أو كلاهما ، وتختلف مدة العلاج وتعتمد على شدة المصاعب أو المشكلات التي يمر بها الأفراد ، وتعتبر البرامج العلاجية للأطفال والمراهقين الذين يعانون من الاضطرابات السلوكية طويلة غالباً وقد تستغرق ٢٥ - ٣٠ جلسة شهرياً ، ويكون المعالج في هذه الجلسات نشيطاً ومتعاوناً ويحاول أن يطور علاقة تعاونية تحفز الطفل على أن يفكر ويسلك ويهدف هذا الأسلوب العلاجي إلى إعطاء الطفل الفرصة بأن يجرب الأشياء ويطور مهارات جديدة (مجدي الدسوقي ، ٢٠١٣أ) .

ويشير لوكمان وباردينى Lochman & Pardini (٢٠٠٨) إلى أن الأطفال الذين يعانون من الاضطرابات السلوكية يظهرون عجزاً في تشغيل المعلومات فهم لا يأخذون الوقت الكافي للانتباه وتشغيل الدلالات الاجتماعية والمعلومات وكذلك التفكير في موقف ما أو التخطيط له .

وفي العلاج المعرفي السلوكي لهذا النوع من المشكلات يتعلم الطفل أن يراجع الإجابات على سلسلة من الأسئلة قبل البدء في العلاج ، وتتضمن هذه الأسئلة الأشياء التي أدت إلى هذا الموقف ، وكذلك ما حدث فيه بالإضافة إلى النتائج طويلة الأجل والنتائج قصيرة الأجل للإجابة التي قد تصدر من الطفل ، وربما يمارس الطفل مهارة المراجعة المعرفية عن طريق الاستماع أولاً عندما يراجع المدرب أو المعالج الأفكار الملائمة لموقف معين ، وبعد ذلك يقوم بعمل بروفة لفظية للأفكار الملائمة بنفسه ، وعندما يتعلم الأطفال تطبيق ذلك في مواقف أخرى يتم تعليمهم أن يعلنوا أفكارهم بصوت عالي أو

على الملأ (مجدي الدسوقي ، ٢٠١٣ ب) .

الأشكال الأولى للعلاج المعرفي السلوكي :

تمتد جذور أو أصول العلاج المعرفي السلوكي إلى بحوث باندورا Bandura عن التعلم القائم على الملاحظة الذي يركز على الدور العام للمعرفة وإلقاء الضوء على الملاحظات التي يبديها الطفل تجاه النماذج الحقيقية والنماذج الرمزية التي يمكن أن تؤثر على إدراكاته فيما يتعلق بالطريقة التي كانت فيها أوجه الثواب والعقاب مرتبطة بأوجه سلوكه ومشروطة بعمليات اتخاذ القرار من جانب الطفل ، ولاكتساب أوجه سلوك جديدة من خلال عمل النماذج Modeling يجب على الطفل أن ينتبه إلى النموذج وأن يحتفظ ويتذكر بطريقة معرفية الجوانب الوثيقة الصلة بالسلوك ، وينفذ السلوك الذي تمت ملاحظته ، وبعد ذلك يتم تعزيز أو تقوية هذا السلوك الذي يتم عمله ، والنظر إلى النماذج يمكن أن يؤثر أيضاً على المعدل الذي يقوم فيه الأطفال بإطلاق أوجه السلوك لأن التتابعات والمعارف وأوجه السلوك المتشابهة يمكن أيضاً أن تفسر كيفية إعادة إنتاج أو أداء أوجه السلوك الموجودة داخل الذخيرة السلوكية للفرد (بيلنج وآخرون Bieling et al. ، ٢٠٠٩) .

واستناداً إلى بحوث سابقة فإن الأطفال يميلون إلى تقليد السلوك العدواني عندما يلاحظون نموذجاً يتم تعزيز أو تقوية هذا السلوك لديه ، وكانوا أقل احتمالاً في أن يقلدوا السلوك العدواني عندما كانوا يلاحظون نموذجاً تم عقابه في حالة إتيان السلوك العدواني ، كما بينت الدراسات المتعاقبة أيضاً أن التعلم القائم على الملاحظة من الممكن استخدامه لتقوية قدرات الأطفال لكي يسعوا أو يبحثوا عن الرضا المتأخر وليس بالأحرى الرضا المباشر أو الفوري ، وهذه الدراسات المتعلقة بالتعلم القائم على

الملاحظة قدمت دليلاً أولياً على أن النماذج يمكن أن تستخدم للتـــأثير علـــى معرفة الأطفال وتقوية أو ارتقاء التغير السلوكي الايجابي .

وهناك بحوث أخرى يمكن أن توجه سلوك الأفراد استمدت من نظرية التعلم الاجتماعي لروتر Rotter أوضحت أن توقعات الأفراد لتلقى الإثابات تحدد سلوكهم ، وفي أوائل الستينيات من القرن الماضي افترض فيجوتسكى Vygotsky أن العمليات العقلية تتحكم في السلوك وفي قدرة الأفراد على حل المشكلات ، وبالتالي فإن أصحاب النظريات النمائية أكدوا على الارتباط بين المعارف وبين السلوك ، وهذا يعنى أن العمليات المعرفية تشترك في نمو أو تطور ضبط الذات ، وهذه النظريات كان لها تأثير هـــام علـــى المعـــالجين الأوائل الذين كانوا يستخدمون العلاجات المعرفية الســـلوكية مثـــل دونالـــد مايكنباوم Donald Meichenbaum الذي اهتم بتحسين الضبط الذاتي لـــدى الأطفال .

وفي عام ١٩٧١ وجـــد مايكنبـــاوم وجودمـــان Meichenbaum & Goodman في ماثيوس ولوكمـــان Matthys & Lochman (٢٠١٠) أن الربط بين عمل النماذج والتدريب التعليمي الذاتي له دور كبير فـــي تقليـــل السلوك الاندفاعي عند الأطفال ، وهذا البرنامج ساعد الأطفال على الـــتحكم في سلوكهم والتدريب على كيفية الاشتراك في الكلام المتعلق بالحياة الخاصة أثناء أدائهم لمهام تتطلب الانتباه الـــدائم ، واقترحـــت النتـــائج أن الأطفـــال المندفعين الذين أجرى عليهم هذا العلاج تحسنت قـــدرتهم علـــى اســـتخدام الحديث الذاتي الخاص لتوجيه انتباههم وأن يفكروا بعناية عنـــدما يتخـــذون قرارات هامة .

وقام كيندال وبراسويل Kendall & Braswell (١٩٨٢) بتطـــوير

علاج معرفي شامل يهدف إلى تعليم الأطفال المندفعين الخطوات العامة لحل المشكلات ، وكيف يستخدمون عبارات المجاهدة الداخلية ليتعاملوا مع الإحباط وأوجه الفشل عندما يشتركون في أوجه السلوك الموجهة نحو الهدف والأطفال الذين تلقوا هذا التدخل أظهروا امتثالاً أفضل في المدرسة في فترة المتابعة التي استمرت لمدة ١٠ أسابيع عما هو الحال لدى الأطفال الذين تلقوا التدريب السلوكي فقط .

ولم يقدم الاشتراط التقليدي والإجرائي Operant and Classical Conditioning الشرح الكافي للأنماط المعقدة للسلوك الإنساني مثل الاندفاعية أو العدوان إلى جانب تجاهل دور المعرفة في تغيير السلوك مؤقتاً وعدم تعلم استراتيجيات مفيدة تؤدى إلى نتائج إيجابية طويلة الأمد ، وبالتالي تم النظر إلى تضمين العبارات الذاتية على أنه أمر ضروري لتطوير ضبط الذات ، وعلى العكس فإن البيئة السيئة التوافق تم النظر إليها على أنها تساهم بدرجة كبيرة في مشكلات السلوك في مرحلة الطفولة بما في ذلك العدوان (مجدي الدسوقي ، ٢٠١٢) .

وعلى الرغم من أن الدراسات السابقة الأولى التي تناولت موضوع العلاج المعرفي السلوكي أظهرت أن الأطفال كان بإمكانهم أن يتعلموا الاستراتيجيات المعرفية للمساعدة في تحسين أدائهم السلوكي ، ومن الجدير بالملاحظة من منظور علاجي أن عمل نماذج لاستراتيجيات ضبط الذات يُعد مكوناً هاماً جداً للعلاج المعرفي السلوكي ، ففي أثناء الجلسات يفكر المعالجون بصوت مرتفع عندما يتحدثون عن الطريقة التي من خلالها يمكن أن يتعاملوا بها مع انفعالاتهم ولاسيما الانفعالات التي من الممكن أن تؤدى إلى أعمال عدوانية ، ويحللوا الموقف أو يختاروا عمل أو تصرف معين أو يقيموا نتيجة سلوكهم ، وكيفية استيعابهم للاستراتيجيات المعرفية التي

يستخدمونها والتي يمكن أن تكون نموذج قوى لأطفالهم الذين يعالجونهم لكي يقومون بمحاكاتهم (سميث وآخرون .Smith et al ، ٢٠٠٥) .

واهتم فريق آخر من الباحثين في البحث عما إذا كانت أوجه العجز في حل المشكلات تساهم في السلوك العدواني للأطفال ، وقاموا بتعريف حل المشكلات على انه عملية سلوكية معرفية من شأنها أن تساعد على إنتاج مجموعة متنوعة من الاستجابات البديلة عند مواجهة مشكلة ما ، وتزيد من إمكانية تعميم النتائج من أجل تنفيذ أنسب اختيار (ماثيوس ولوكمان Matthys & Lockman ، ٢٠١٠) ، والبحوث الأولى أظهرت أن التدريب على حل المشكلات يستخدم بطريقة فعالة مع الأطفال ومع والديهم ، وأن التدريب على حل المشكلات الاجتماعية عنصراً أساسياً وهاماً للتدخلات السلوكية التي تركز على المجتمع والذي بدأ كأسلوب وقائي للأطفال في المدارس ، واستناداً إلى العمل الكلينيكى مع الأطفال العدوانيين الذين ينتمون إلى الطبقات الاجتماعية المحدودة الدخل ، والذي بدأ في أواخر السبعينيات من القرن الماضي ، قام لوكمان وآخرون .Lochman et al (١٩٨١) بتطوير نموذج لإثارة الغضب يصاحبه برنامج لضبط الغضب ، ويتضمنان طرق التدريب على التعلم الذاتي ، وطرق التدريب على حل المشكلات ، وتم النظر إلى الأطفال العدوانيين على أن لديهم مجالين أساسيين للصعوبة المعرفية في هذا النموذج المتعلق بإثارة الغضب ، فأولاً يجب على الأطفال أن يدركوا بدقة وأن يفسروا المواقف الاجتماعية المسببة للمشكلات التي قد يواجهونها (الأطفال العدوانيون يكون لديهم تشوهات معرفية في هذه المرحلة ، وبالتالي يكون لديهم مفاهيم خاطئة وإثارة للغضب مصاحبة لها) ، وثانياً يجب على الأطفال أن يمروا خلال التتابع الخاص بحل المشكلات الذي يتضمن التفكير في الحلول الممكنة واضعين في اعتبارهم النتائج المتوقعة

للحلول ، وبعد ذلك يختارون الحل الأمثل ، ويجب ملاحظة أن الأطفال العدوانيين يُظهرون أوجه عجز في عدد ونوع الحلول التي من الممكن إيجادها أو توليدها .

وقام دودج Dodge (١٩٩٣) وكريك ودودج Crick & Dodge (١٩٩٤) بتطوير نموذج أكثر شمولاً لتشغيل المعلومات الاجتماعية ، وقد أثر هذا النموذج بدرجة كبيرة جداً في تطوير مجموعة متنوعة من التدخلات السلوكية المعرفية التي يمكن استخدامها مع الأطفال والمراهقين ، ويصف هذا النموذج بطريقة واضحة خطوات التشغيل المعرفي على شبكة الإنترنت والتي تحدث عندما يشترك الأطفال في تفاعلات اجتماعية بما في ذلك التركيز في فك شفرة وتفسير المعلومات الاجتماعية ، وتحديد أهداف المرء في موقف المشكلة وتوليد أو إنتاج الحلول الممكنة للمشكلة ، واتخاذ قرار عن أي الحلول التي يمكن إتباعها وبعد ذلك تنفيذ هذا الحل ، والأطفال الذين يستطيعون أن يطوروا مهارات في كل مرحلة للتشغيل المعرفي الاجتماعي يكونون قادرين من الناحية النظرية على تنفيذ هذه المهارات في توجيه سلوكهم في مجموعة متنوعة من الأماكن والمواقف دون الاعتماد على الكبار ، وبالتالي فإن الاستراتيجيات السلوكية – المعرفية قد تقدم درجة من درجات ضبط النفس لا يمكن إدراكها بالطرق السلوكية بدقة متناهية .

العلاج المعرفي السلوكي المعاصر :

يقوم العلاج المعرفي السلوكي المعاصر على حقيقة مؤداها أن الأفكار والعواطف أو الانفعالات وأوجه السلوك ترتبط بطريقة تبادلية ، وأن تغيير أحد هذه العناصر يؤدى بالضرورة إلى تغييرات في عناصر أخرى وهذه العلاقات التبادلية بين الأفكار والانفعالات وأوجه السلوك تعمل بمثابة أساس جوهري لكل العلاجات السلوكية (جريشام ولوكمان Gresham &

Lochman ، ٢٠٠٨) وفي الطريقة المعرفية السلوكية فإن جميع أوجه المعرفة والانفعالات والإدراكات وأسلوب تشغيل المعلومات تلعب جميعها دوراً حيوياً في تطوير وعلاج المشكلات السلوكية والمصاعب المتعلقة بالتكيف أو المواءمة (كيندال Kendall ، ٢٠٠٢) .

وعلى عكس العلاجات المعرفية البحتة فإن التدخلات المعرفية السلوكية بطبيعتها (مثل التدخلات المستخدمة مع الأطفال الذين لديهم صعوبات في المسلك) تدمج الأساليب الفنية ، أو التكنيكات القائمة على المبادئ السلوكية عندما يكون ذلك ملائماً ، فعلى سبيل المثال فإن التدخلات المعرفية السلوكية للأطفال الصغار الذين لديهم مشكلات في المسلك تقوم في أغلب الأحيان بتعليم الوالدين والمعلمين كيفية استخدام المبادئ السلوكية للتعزيز والانطفاء والتشكيل من أجل تغيير سلوك الأطفال (لوكمان وبارديني Lochman & Pardini ، ٢٠٠٨) .

ويرى فريق من الباحثين أن التدخلات المعرفية السلوكية المعاصرة لها مكونات متعددة تتضمن التدخلات المتعلقة بتدريب الوالدين ، ومع ذلك فإن جميع التدخلات المعرفية السلوكية تسعى إلى دمج أو إدخال هذه الاستراتيجيات في نموذج علاجي شامل يؤكد على تأثير العوامل المعرفية والأحداث السلوكية في تطوير أوجه السلوك والانفعالات المسببة للمشكلات .

ويتضمن المنحى المعرفي السلوكي مجموعة متنوعة من الاستراتيجيات النوعية لعلاج المشكلات السلوكية الدالة ، فحل المشكلات والتدريب على التعلم الذاتي ، وإعادة التدريب على السمات الملائمة للسلوك الجيد ، والتدريب على الاسترخاء ، والعلاج اللفظي ، كل ذلك تم استخدامه من أجل تحسين السلوك ، وتتضمن هذه التدخلات تعليم الأطفال أن يتعرفوا

على الدوافع الداخلية والخارجية التي تسبب السلوك ، وأن يستخدموا المثيرات مثل العبارات الذاتية ، وحل المشكلات ليتحكموا في سلوكهم ، ولقد لاحظ بعض الباحثين أن الأساليب الفنية المعرفية السلوكية تستخدم الإثابات وعمل النماذج ولعب الأدوار والتقييم الذاتي وتُدمج العلاج السلوكي (على سبيل المثال عمل النماذج ، والتغذية المرتدة والتعزيز) ، والعلاج المعرفي (على سبيل المثال التفكير بصوت عال) ، وذلك من أجل بناء وسيلة جديدة للمجاهدة (فريدبرج وآخرون Friedberg et al. ، ٢٠٠٩) ، ويركز العلاج المعرفي السلوكي على علاج مشكلات المسلك المرتبطة بالحالة المرضية النفسية للطفل والمراهق ، وعلى الرغم من أن العلاجات المعرفية السلوكية لمشكلات المسلك تختلف طبقاً للمستوى الإنمائي (المتعلق بالنمو) للعينة السكانية المستهدفة ، وحدة المشكلات السلوكية المستهدفة فإن العناصر المشتركة تدعم بطريقة تجريبية الطرق المعرفية السلوكية (لوكمان Lochman ، ٢٠٠٦) .

ويركز هذا الأسلوب العلاجي على العمليات المعرفية المختلفة ، وكذلك المهارات المعرفية اللازمة لحل المشكلات البينشخصية المتعلقة بالسلوك الاجتماعي ، وتشير نتائج عدد من الدراسات إلى أن العمليات المعرفية المرتبطة بالسلوك العدواني أظهرت وجود تحيزاً معرفياً من الممكن أن يشكل العامل الأساسي للسلوك المعادى للمجتمع ، وأن الأولاد العدوانيين يفسرون الأعمال الغامضة أو المبهمة (على سبيل المثال اصطدام شخص بشخص آخر أثناء وقوفهما في طابور) على إنها أعمال عدوانية ، وهذه النظرية التحيزية تجعل هؤلاء الأطفال ينتقمون بعدوانية للأعمال التي قد لا يقصد منها الاستفزاز الأمر الذي يثير أقرانهم ، ومن ثم ينوون الاعتداء عليهم مما يزيد من غضب الأولاد العدوانيين ، وهذه الدورة تؤدى إلى مزيد

من العدوان والنبذ من جانب الأقران .

وفي نهاية فترة الثمانينيات من القرن الماضي قام فان ديــر فلوجــت وآخرون .Van Der Vlugt et al (١٩٩٥) بتطــوير برنــامج للتــدريب المعرفي الفردي Individual Cognitive Training Programme يقوم على برنامج " فكر بصوت مرتفع " Think Aloud الذي أعــده كامــب وبــاش Camp & Bash (١٩٨١) وعن طريق هذا البرنامج يتم تعلــيم الأطفــال استراتيجية حل المشكلات ، ويعتمد هذا البرنامج على عدد مــن الأســاليب الفنية الخاصـــة بالتــدريب المعرفـــي الســلوكي التـــي قــدمها مايكنبــاوم Meichenbaum (١٩٧٧) وعلى وجه التحديد فــإن الأطفــال يجــب أن يطرحوا على أنفسهم الأربعة أسئلة التالية التي تواجه بمشكلة أو مهمة :

١- ما المشكلة ؟ (اكتشاف المشكلة) .

٢- ما خطتي ؟ (إيجاد الاستراتيجيات الممكنة للتعامل مع المشــكلة أو معالجتها) .

٣- هل استخدم خطتي؟ (المراقبــــة الذاتيــــة والإرشـــــــاد الــذاتي أثناء تنفيذ الخطة) .

٤- ما النتيجة التي حصلت عليها ؟ (التقييم الذاتي للحل) .

ويتم تنفيذ ذلك باستخدام استراتيجية النمذجــة المعرفيــة Cognitive Modeling Technique ، وتتلخص في أن يقوم الشخص البالغ (النموذج) بالتنقل بين الخطوات مع التعبير اللفظي المستمر لما يفكر فيه ويفعله ، وبعد ذلك يقوم الطفل بتقليد سلوك النموذج ويتحدث بصوت مرتفع أيضاً ، وفــي المرحلة التالية يتم تدريب الطفل على أن يهمس بدلاً من التحدث بصوت عالٍ وأخيراً يقوم الطفل بتوجيه سلوكه بكلام صامت وداخلي .

خلاصة القول فإن الهدف من استخدام العلاج المعرفي السلوكي مع الأفراد الذين يعانون من المشكلات السلوكية هو تزويد الأطفال والمراهقين بقدر كبير من وسائل السيطرة على أنفسهم ، وكذلك تزويدهم بالاستراتيجيات التي يمكن أن تساعدهم على أن يتصرفوا بأنفسهم .

أنشطة الممارسة :

- الأهداف السلوكية والشخصية :

يُطلب من الأطفال أن يحددوا قواعد للسلوك أثناء إدارة الجلسات وأن يحددوا أيضاً الأهداف القصيرة الأمد ، والأهداف الطويلة الأمد لأنفسهم ، وهذه الأهداف تؤدى إلى أهداف سلوكية معينة يلتزم الأطفال بتحقيقها ، ومن المفيد أن يتم استخراج قائمة للأهداف الممكنة (متدرجة حسب مستوى الصعوبة المحتملة) ، وذلك من المدرسين والوالدين قبل البرنامج ، وهذه الأهداف السلوكية ينبغي أن تتم ملاحظتها بوضوح ، وينبغي أن تكون الأهداف الأولية أو المبدئية بها صعوبة متوسطة وذلك لمساعدة الأطفال في الحصول على تجارب وخبرات ناجحة في المراحل الأولى لتحقيق الأهداف ، ويتم مراقبة تنفيذ الأهداف لكل طفل بصفة يومية عن طريق المدرس أو الوالدين ، ويكتسب الطفل نقاط استناداً إلى تقدمه ، والبحوث السابقة التي تتعلق ببرامج المجاهدة مع الغضب أوضحت أن تضمين إجراءات إعداد الهدف السلوكي مع المراقبة والتعزيز من جانب الكبار ، قد حددت ما إذا كان التحسن السلوكي عند الأطفال سينتقل إلى أماكن أخرى كالفصل الدراسي مثلاً .

- المهارات التنظيمية والدراسية :

يكون هناك جلسات متعددة في مرحلة مبكرة نسبياً من التدخل تدور

حول المواءمة أو التكيف مع المهارات التنظيمية والمهارات الدراسية أو مهارات المذاكرة من أجل تحقيق تقدم دراسي كافٍ ، ويقوم الأطفال بالتعرف على مهارات المذاكرة المفيدة ، ومهارات المذاكرة الأقل فائدة ، وهذه الجلسات تتناول على نحو خاص كيف أن هذه المهارات التنظيمية والمهارات المتعلقة بالمذاكرة ستصبح أكثر أهمية في المدرسة ، ويقوم الأطفال بالاشتراك مع والديهم بعمل عقد لواجب منزلي يتم فيه تحديد زمان ومكان عمل الواجب المنزلي ، وما إذا كانت هناك حوادث طارئة تعترض استكمال هذا الواجب المنزلي .

- الوعي بالإثارة والغضب :

يتم عمل جلستان تركزان على تفاعلات الأطفال مع العديد من المواقف التي تسبب مشكلات ، ولاسيما التركيز على تجربتهم أثناء الغضب والاستجابة أو الرد على الإثارة أو الإحباط ويتعلم الأطفال أن يحددوا أو يتعرفوا على المؤشرات النفسية والفسيولوجية لكل انفعال ، والهدف هنا هو العمل على زيادة الوعي الذاتي لانفعالات المرء ، بالإضافة إلى الإدراك الأكثر دقة لانفعالات الآخرين ، وباستخدام ترمومتر الغضب يتم مساعدة الأطفال على تحديد المستويات المختلفة للغضب الذي قد يمرون به على سبيل المثال الغضب الشديد والمضايقة والأنواع المختلفة للمشكلات التي تسبب هذه المستويات المختلفة للغضب ، ثم يتم استخدام ترمومتر الغضب خلال مراحل التدخل ، فعلى سبيل المثال عندما يبدأ الأطفال في استخدام عملية حل المشكلات فمن الأفضل أن يتم البدء في ذلك بالمشكلات التي من المستوى المنخفض إلى المستوى المتوسط للغضب حتى يمكن أن يتعلم الأطفال بدرجة أفضل المهارات وبالتالي يكون من المحتمل بدرجة أكبر أن يكونوا ناجحين .

- إدارة الغضب وضبط الذات :

يركز هذا المدخل بدرجة مباشرة على الاعتقاد بأن كثيراً من الأطفال الذين لديهم مشكلات سلوكية يأتون من أسر تفتقد التنشئة الاجتماعية السليمة أو يأتون من بيئات اجتماعية لم توفر أساليب التنشئة الاجتماعية الملائمة للطفل ، وتجربة التنشئة الاجتماعية الرديئة هي المسئولة عن عدم القدرة على ضبط أو تعديل السلوك ، ويتم تصميم نظام لإدارة أو ضبط السلوك للتغلب على هذه النقائص في عملية التنشئة الاجتماعية ، وهناك مبرر عقلاني يتفق مع البحوث الحالية هو أن بعض الأطفال الذين لديهم مشكلات سلوكية يكون لديهم قابلية مزاجية تجعلهم أكثر عرضة لعدم القدرة على التوافق ، فعلى سبيل المثال ربما يركزون بطريقة أكثر من اللازم على النتائج الإيجابية الممكنة لسلوكهم ، ولا يفكرون في النتائج السلبية الممكنة (لوبير وكوىLoeber & Coie ، ٢٠٠٤) .

وترى ويبستر- ستراتون وريد Webster-Stratton & Reid (٢٠٠٣أ) أنه بمجرد أن يتم اكتساب المهارات الأساسية لحل المشكلات يتم تعليم الأطفال استراتيجيات ضبط الغضب ، وهذه الاستراتيجيات تقلل العدوان لدى الأطفال والمراهقين وتحافظ على الاستمرار في مزايا أو فوائد مهارات حل المشكلات ، ومن الواضح أن الأطفال لا يستطيعون حل المشكلات في حالة الغضب الشديد ولا يستطيعون التفكير بهدوء ، وهنا يتم استخدام دمية تسمى السلحفاة الصغيرة Tiny Turtle لتعليم الأطفال خمس خطوات في استراتيجية ضبط الغضب هي :

١- التعرف على الغضب .

٢- التفكير في التوقف .

٣- أخذ نفس عميق .

٤- الدخول إلى المخدع ومحاولة الهدوء .
٥- المحاولة مرة ثانية .

ويعتبر التركيب الأساسي لبرامج إدارة أو ضبط التوافق بسيطاً بدرجة خادعة ، فجميع هذه البرامج طبقاً لوجهة نظر فريك Frick (٢٠٠١) تتضمن ما يلي :

١- تحديد أهداف سلوكية واضحة تعمل على تشكيل سلوك الطفل تدريجياً في مجالات ذات اهتمام معين .
٢- تطوير نظام لمراقبة ما إذا كان الطفل من الممكن أن يصل إلى هذه الأهداف .
٣- وجود نظام لتقوية أو تعزيز الخطوات الملائمة نحو الوصول إلى هذه الأهداف .
٤- تقييم نتائج السلوك .

وهذه البرامج تُحدث تغييرات سلوكية بالنسبة للأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك في البيت وفي المدرسة وفي مراكز العلاج التي يقيمون فيها وعلى الرغم من أن برامج إدارة أو ضبط السلوك تبدو بسيطة ومباشرة إلا أن الكثير منها لا يستخدم بطريقة فعالة ، فمثلاً تحتاج هذه البرامج إلى اختيار الأهداف المناسبة للطفل والمعززات وأساليب العقاب التي ستحفز كل طفل ، والكثير من هذه النظم يتم استخدامها عادة بدرجة أساسية في التعلم السلوكي أو ضبط السلوك ، والنتائج السلبية للسلوك غير الملائم يتم تقييمها (على سبيل المثال خصم درجات عن سوء السلوك ، ويؤدى التشاجر إلى عزلة إجبارية) ، كما يوجد ميكانيزم للتشجيع بطريقة منظمة على التعبيرات السلوكية الموجبة (على سبيل المثال يتم إضافة درجات من أجل التعبير الملائم عن الغضب ، وعن التفاعلات الاجتماعية السليمة مع الأقران ، أو

عن التعليقات المحترمة مع الكبار) .

ويقوم الأطفال بعمل العديد من الأشكال أو اللعب ويـدعون أن هـذه الأشكال غاضبة ، ويساعدونها على أن تهدأ ، كما يقومون بعمل العديد مـن الأنشطة المختلفة التي تساعد المعالج على توفير العديد من الفـرص لكـي يساعد الأطفال على ممارسة خطوات ضبط الغضـب ، والتعـرف علـى إشارات أو دلالات أجسامهم والتي تخبرهم بأنهم غاضبون ، وأن يستخدموا حديث الذات والتنفس بعمق والتخيل الإيجابي لكي يساعدوا أنفسهم على أن يهدأوا ، ويستخدم المعالجون أيضاً تدريبات التخيل الموجبة مـع الأطفـال بجعلهم يغلقون عينيهم ويتظاهرون بأنهم في محارة السلحفاة لمساعدتهم على أن يجربوا مشاعر الاسترخاء والهدوء ، كما يتم استخدام شرائط الفيديو التي تصور الأطفال وهم يتعاملون مع الغضب ومع الإغاظة أو المضايقة أو مع نبذهم من جانب الأقران للبدء في لعب الأدوار لممارسة استراتيجيات التهدئة ، والمواقف التي تقدمها الدمى للمجموعة يـتم صـياغتها طبقـاً للتجـارب والموضوعات الوثيقة الصلة بأطفال معينين في المجموعة ، فمثلاً إذا كـان هناك طفل في المجموعة تمت إغاظته في المدرسة ويتفاعل بطريقة عدوانية نجد أن الدمية والى Wally تخبر المجموعة أن شخصاً في المجموعة أطلق عليها اسماً سبب لها غيظاً ، وكانت والى غاضبة من أن طفلاً في المجموعة ضرب هذا الشخص ، وتتحدث والى بعد ذلك عن نتائج الضرب (أنه شعر بأنه سئ بعد ذلك وأنه وقع في مشكلة) ، وبعد ذلك تقوم المجموعة بتوليـد حلول بديلة لوالى Wally لممارستها ، ويقوم المعالجون والـدمى بمسـاعدة الأطفال على أن يغيروا انطباعهم عن الأحداث فعلى سبيل المثـال تشـرح مولى مانرز Molly Manners (شقيقة والى) قائلة أنه ربما كان لا يريـد أن يغيظك أنه أراد في الحقيقة أن يكون صديقك ، ولكنه لا يعـرف كيـف يطلب ذلك منك بطريقة لطيفة أو كما تعرف فإن جميع الأطفـال يتغيـرون

أحياناً عندما يريدون أن يلعبوا ، وهذا لا يعنى أنهم لا يحبونك ، أو أعتقد أن ذلك كان مجرد حادثة عندما اصطدم بك ، أي أنه لم يكن في نيته ذلك ، ويتم مساعدة الأطفال على أن يقرروا متى يكون الحدث قد تم عن عمد ، وكيف يمكن التصرف حيال كل حدث (ويبستر - ستراتون وريد Webster-Stratton & Reid ، ٢٠٠٣ب) ، وتقوم هذه الأنشطة على الافتراض بأن الأطفال يجب أن يتعلموا كيفية التعامل مع التدفق في الإثارة والغضب في استجابة أو رد على الاستفزاز المدرك قبل استخدام استراتيجيات حل المشكلات ، وفي أغلب الأحيان يتم تعليم الوالدين والمعلمين أن يقدموا الإيحاءات ويساعدون الطفل على استخدام استراتيجيات ضبط الغضب في البيت وفي المدرسة ، ويتم تعليمهم أيضاً كيفية تعزيز التنفيذ الناجح لهذه المهارات (ماثيوس ولوكمان Matthys & Lochman ، ٢٠١٠) .

- رؤية الأشياء وفقاً لعلاقاتها الصحيحة والتعرف على المشكلة :

يتم تخصيص ثلاث جلسات لرؤية الأشياء (الموضوعات والأحداث) وفقاً لعلاقاتها الصحيحة لتقديم نموذج حل المشكلات والذي يعرف على أنه التعرف على المشكلة والاختيارات والنتائج Problem Identification, Choice, Consequences (PICC) وهذا النموذج يقدم للأطفال أولاً مجموعة من المهام التي تشبه الألعاب الممتعة والتي تسمح للمعالج بأن يقدم النقاط الرئيسية ، وهذه المهام الأولية يأتي بعدها أنشطة تتسم بالمزيد من التحدي وتتعلق بدرجة أكبر بالمصاعب التي يمر بها الأطفال ، ويتم استخدام أنشطة لعب الأدوار ، والمناقشات لتوضيح كيف أنه من الصعب أن نفهم نوايا شخص آخر في موقف مُشكل ، وأن هناك تأكيد أساسي على ضبط التحيز العدواني المنسوب لكثير من الأطفال العدوانيين ، وعلى الرغم من أن الهدف الرئيسي لهذه الأنشطة يعتمد على مواقف الرفاق فإن الأطفال

العدوانيين يقومون في أغلب الأحيان بإساءة فهم أو إدراك نوايا أو مقاصد المعلمين ، وبالتالي تم تصميم مقابلة شخصية مع المدرسين لمعالجة الظلم والقسوة أو التعامل بخشونة الذي يشعر به هؤلاء الأطفال في إدراكهم عن مدرسيهم (ماثيوس ولوكمان Matthys & Lochman ، ٢٠١٠) .

- ضغوط الأقران والاشتراك مع الأقران المنحرفين :

تتناول الجلسات الأخيرة الموضوعات التي ترتبط بضغوط الأقران ، واشتراك الأطفال مع الأقران المنحرفين ، والتركيز على وعي الأطفال بضغوط الأقران المختلفة ، وكذلك استخدام استراتيجيات المجاهدة واستخدام شرائط الفيديو والقيام بلعب الأدوار والتركيز على المخاطر التي تؤدى إلى استخدام العنف ، وتساعد هذه الجلسات الأطفال على التفكير بشأن موقفهم من هؤلاء الأفراد في مدارسهم وأحيائهم السكنية ، والتفكير بشأن الطريقة التي يصبحون من خلالها أكثر اشتراكاً في مجموعات الأقران الأقل انحرافاً (ماثيوس ولوكمان Matthys & Lochman ، ٢٠١٠) .

أمثلة لبرامج الوقاية من المشكلات السلوكية :

ينقسم هذا الجزء إلى ثلاث مراحل زمنية هي مرحلة الطفولة المبكرة ومرحلة الطفولة المتأخرة ، ومرحلة المراهقة المبكرة ، ويتم تقسيم البرامج داخل كل مرحلة إلى برامج عامة للوقاية (تقدم بطريقة نمطية في المدرسة) أو كبرامج للوقاية المستهدفة للأطفال المعرضين للخطر (الذين يُظهرون المراحل الأولى للاضطراب) والدليل على قدرة هذه البرامج في خفض المشكلات السلوكية متباين إلى حد كبير .

برامج الوقاية العامة :

التدخل في مرحلة ما قبل المدرسة أو في مرحلة الطفولة المبكرة :

توجد مجموعة من أساليب التدخل في مرحلة ما قبل المدرسة أو

مرحلة الطفولة المبكرة منها ما يلي :

١- لعبة السلوك الجيد : **Good Behavior Game**

طور باريش وآخرون .Barrish et al هذا الأسلوب التربـوي الـذي يركز على زيادة تقبل أو قبول الأطفال لذوى السلطة ، وكـذلك القواعـد أو القوانين المفروضة داخل حجرة الدراسة والتي تتمثل في :

- الانتباه للمعلم .
- عدم التحدث مع الآخرين أثناء الحصة الدراسية .
- الجلوس في المقعد وعدم الخروج منه إلا بإذن من المعلم .
- عدم أخذ ممتلكات الغير أو إتلافها .
- الالتزام بالهدوء وعدم إظهار أصوات مزعجة .
- عدم القيام بتصرفات عدوانية ، أو عنيفة تجاه الآخرين .
- رفع اليد لطلب الإذن للتحدث ، أو الإجابة على الأسئلة .

ويتم تعليق هذه القواعد أو الشروط على لوحة ظاهرة أمـام التلاميـذ طوال الحصص الدراسية .

ويرى إمبرى Embry (٢٠٠٢) أن لعبة السلوك الجيد منهج تربوي قائم على تسييس الطفل والسيطرة على سلوكه وتطويره ، وفيه يـتم تقسـيم الأطفال إلى فريقين للمنافسة على أنماط من التعزيز الرمزي بعد التوقف عن السلوك غير المرغوب فيه ، ويكون هناك سبورة توضع عليهـا الـدرجات لتوضيح أي من الفريقين قد جمع أقل الأخطـاء أو المخالفـات (الخطـأ أو المخالفة هو القاعدة التي تم انتهاكها) ويتم إعطاء جوائز للفريق الذي له أقل عدد من المخالفات ، ويتم إعطاء جوائز أقل للفريق الذي اكتسب أكبر عـدد من المخالفات ويضيف تينجستروم وآخرون .Tingstrom et al (٢٠٠٦)

أن لعبة السلوك الجيد أسلوب جماعي من أساليب تعديل السلوك يتم تطبيقه في غرفة الصف بتوزيع التلاميذ إلى مجموعتين أو فريقين بعد توضيح قواعد اللعبة لهم وتسجيلها على لوحة خاصة تعلق داخل الغرفة أو الفصل الدراسي ، كما يتم توضيح شروط الفوز ، وتحديد نوع المعززات التي يحصل عليها الفريق الفائز نتيجة لخفض السلوك السلبي المستهدف وتعديله لدى الأفراد .

ويُعد هذا الأسلوب أداة هامة لخلق الحماس لدى الأفراد ورفع معنوياتهم وتنمية ثقتهم بأنفسهم ، وزيادة التقبل الاجتماعي ، والفرد الذي يثاب على سلوكه الجيد والمقبول يكون حريصاً على تكرار هذا السلوك في المستقبل ، وأظهرت نتائج الدراسات التي أجريت في هذا الصدد أن لعبة السلوك الجيد أسفرت عن انخفاض ملحوظ في تكرار السلوك العدواني والسلوكيات المخزية ، وخفض السلوك السلبي في غرفة الصف وخفض السلوك الفوضوي ، وأدت إلى تحسين التحصيل الدراسي المتدني .

٢ – الارتقاء باستراتيجيات التفكير البديل :

يهدف برنامج الارتقاء أو تحسين استراتيجيات التفكير البديل Promoting Alternation Thinking Strategies إلى تحسين الكفاءة النفسية – الاجتماعية العامة ، وبناء المهارات المعرفية لدى أطفال المدرسة الابتدائية ، وقام جرينبرج وكوسوشي Greenberg & Kusche (٢٠٠٦) بتدريب المعلمين على استخدام استراتيجيات التفكير البديل لمساعدة الأطفال على الوعي والضبط الانفعالي ، وعلى مهارات حل المشكلات الاجتماعية ، وعلى الرغم من أن منهج استراتيجيات التفكير البديل قد تم تنفيذه في المقام الأول مع الأطفال الذين يدرسون في فصول دراسية منتظمة ، فلقد تم استخدامه أيضاً مع الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة (على سبيل المثال

الأطفال الذين يعانون من المشكلات السلوكية ، والأطفال الذين يعانون من الإعاقة السمعية) وبصفة عامة أوضحت نتائج دراسات جرينبرج وآخرون Greenberg et al. (٢٠٠١ ؛ ٢٠٠٣) أن المتابعة التي استمرت لمدة عام أو عامين أوضحت أن الأطفال الذين يتلقون برنامج الارتقاء باستخدام استراتيجيات التفكير البديل كانوا أفضل في فهم الانفعالات ، وأفضل في أساليب حل المشكلات ، وبينت التقارير انخفاض في المشكلات السلوكية وفي الاندفاعية وذلك بالمقارنة بالأطفال الذين في المجموعة الضابطة .

٣- برنامج الخطوة الثانية : Second Step Program

يهدف برنامج الخطوة الثانية إلى منع السلوك الاندفاعي والسلوك العدواني من خلال تدريس الكفاءة الاجتماعية ، وبالتالي زيادة السلوك المؤيد للمجتمع ، والجوانب المستهدفة هي ضبط الغضب ، والاندفاعية والتقمص الوجداني Empathy ، ويتم إدخال التدريبات التي تشجع على التعميم في كل جلسة (جروسمان وآخرون .Grossman et al ، ١٩٩٧) ، وأوضحت نتائج البحوث التي اعتمدت على هذا البرنامج لدى أطفال المدرسة الابتدائية تحسين مهارات إدارة أو ضبط الغضب ، والتحكم في الاندفاع ، والتقمص الوجداني ، ومهارات حل المشكلات الاجتماعية ، وحل الصراعات (ماثيوس ولوكمان Matthys & Lochman ، ٢٠١٠) ، وأوضحت نتائج دراسة تايوب Taub (٢٠٠١) أن الملاحظات السلوكية التي استمرت لمدة ٦ شهور أسفرت عن انخفاض العدوان البدني عقب إجراء التدخل ، وبالإضافة إلى ذلك تمت ملاحظة زيادة في السلوك الذي يستحسنه المجتمع والذي قام بقياسه المعلم في المدرسة التي حدث بها التدخل .

العلاج وبرامج الوقاية المستهدفة :

أوضحت نتائج المسح القومي الذي أجرته وبيستر- ستراتون وهاموند

Webster-Stratton & Hammond (١٩٩٨) أن انتشـــار الســـلوكيات العدوانية لدى الأطفال في مرحلة ما قبل دخول المدرسة ، والذين في عمـــر دخول المدرسة يصل إلى ١٠% ، وقد ترتفع هذه النسبة لتصل إلـــى ٢٥% لدى الأطفال الذين يعيشون في أسر متدنية الدخل .

وبدون التدخل العلاجي المبكر فإن المشكلات السلوكية والنفسية مثـــل العدوان Aggression ، وســـلوك المعارضـــة Oppositional Behavior ، ومشكلات المسلك Conduct Problems لدى الأطفال الصغار قـــد تصـــبح أنماطاً شائعة للسلوك بحلول سن الثامنة ، وتبـــدأ بمســـار مـــن المشـــكلات الدراسية المتصاعدة والتسرب من المدرسة والانحراف والعنـــف ، ويـــرى بريستان وآيبرج Brestan & Eyberg (١٩٩٨) أن برامج تدريب الوالدين Parent Training Programs أكبر وأنجح طريقة علاجية لتقليل اضطراب المســـلك Conduct Disorder (CD) واضـــطراب العنـــاد والتحـــدي Oppositional Defiant Disorder (ODD) لدى الأطفال الصغار .

وتوجد مجموعة متنوعة من البرامج المقدمة للوالدين أســـفرت عـــن تحسن مستمر ودال من الناحية الكلينيكية لدى ما لا يقل عن ثلثي الأطفـــال الصغار الذين تم علاجهم من اضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدي ، وهذه الدراسات التجريبية قدمت الدليل الذي يؤيد نظريات التعلم الاجتمـــاعي التي تلقي الضوء على الدور الحيوي الذي يقوم به الأسلوب الوالدي وفاعلية التأديب في تحديد الكفاءة الاجتماعية للأطفال ، وتقليل المشكلات الســـلوكية (بريستان وآيبرج Brestan & Eyberg ، ١٩٩٨ ؛ تايلور وبيجلان Taylor & Biglan ، ١٩٩٨ ؛ باترسون وآخرون Patterson et al. ، ٢٠٠٠) .

والنظرية التي توضح هذه الطريقة العلاجية تقـــوم علـــى مجموعـــة

أساسية من البحوث التي توضح أن الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدي يظهرون أوجه عجز في المهارات الاجتماعية السلوكية عندما يتفاعلون مع الأقران (كوى ودودج Coie & Dodge ، ١٩٩٨) ، وفي دراسة قارنت الأطفال الصغار المحولين إلى العيادة النفسية والذين تتراوح أعمارهم الزمنية من ٤ – ٧ سنوات والذين يعانون من اضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدي مع مجموعة مناظرة للأطفال الذين ينمون بطريقة نمطية وجد أن أطفال المجموعة الأولى أظهروا بدرجة دالة صفات سلبية أكبر ، وعدد أقل لاستراتيجيات حل المشكلات ، وتأخراً كبيراً في المهارات الاجتماعية خلال التفاعلات أو ردود الأفعال أثناء اللعب مع الأصدقاء وذلك عما في حالة أطفال المجموعة الأخيرة (ويبستر – ستراتون وليندساى Webster-Stratton & Lindsay ، ١٩٩٩) .

ويساعد التدخل في سن مبكرة لدى الأطفال الصغار على نمو المهارات الاجتماعية الفعالة مبكراً كما يساعد أيضاً على تعلم السلوكيات العدوانية قبل أن تصبح هذه السلوكيات أنماطاً دائمة ولقد تم تصميم عدد من البرامج الفردية وبرامج المجموعات الصغيرة لعلاج الأطفال والوقاية من اضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدي عن طريق تعلم المهارات الاجتماعية وأسلوب حل المشكلات إلا أن هذه البرامج العلاجية رغم كفاءتها فإنها أقل فاعلية من الطرائق المتبعة في علاج الوالدين (ويبستر – ستراتون وريد Webster-Stratton & Reid ، ٢٠٠٣أ) وتقييمات هذه التجارب مع الأطفال الذين تم تشخيصهم أوضحت أن تعلم المهارات الاجتماعية ، واستراتيجيات حل المشكلات ، واستراتيجيات ضبط الغضب كانت مؤثرة وفعالة في تقليل مشكلات المسلك على المدى القصير (ويبستر – ستراتون وهاموند Webster-Stratton & Hammond ، ١٩٩٧) ، ومع ذلك

فالنتائج الطويلة الأمد لم يمكن التأكيد عليها في العديد من التحليلات البعدية الحديثة ، حيث أوضحت نتائج المتابعة تدني النتيجة ، ومعظم هذه الدراسات تم إجراؤها لبرامج وقائية في المدارس التي بها عينات سكانية متباينة بدون تصنيفات تشخيصية ، كما أن نتائج مثل هذه الدراسات أو البرامج في عيادات الصحة النفسية والتي تم إجراؤها على الأطفال الصغار ذوى اضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدي لم يتم معرفة الكثير عنها ، ومن بين ٤٩ دراسة تمت مراجعتها في مراجعات بيلمان وآخرين Beelmaan et al. كان هناك ثلاث دراسات فقط تم إجراؤها في عيادات الصحة النفسية (ويبستر - ستراتون وريد Webster-Stratton & Reid ، ٢٠٠٣ب) .

وتؤكد هذه البرامج على تدريب الأطفال على مهارات الاتصال وضبط الغضب وحل المشكلات البينشخصية والامتثال للقواعد المدرسية وتكوين الصداقات الجيدة والمشاركة الوجدانية والوعي النفسي ، وهذا التدخل العلاجي اعتمد بدرجة كبيرة على طرق التدريس التي أثبتت أنها فعالة بدرجة خاصة بالنسبة للأطفال الصغار مثل عمل نماذج باستخدام عرائس أو دمى واستخدام شرائط الفيديو والتدريب والتعزيز أثناء أنشطة الممارسة واللعب الخيالي ولعب الأدوار ، يضاف إلى ذلك أن هذه البرامج تم تعميمها على عدد كبير من الآباء والمعلمين لإبداء ملاحظاتهم وتعزيزاتهم لمهارات معينة يتم مشاهدتها في البيت أو المدرسة ، وتوحي النتائج أن هذه البرامج تحظى باهتمام المعلمين والوالدين وكذلك الأطفال ، والعديد من التقارير الحديثة تؤكد أهمية هذه البرامج في خفض المشكلات السلوكية ، وتلقى الضوء على الحاجة إلى استخدام ممارسات تساعد على أو تقوى الكفاءة الاجتماعية والنفسية للأطفال الصغار وتمنع أو تقلل حدوث سلوك العناد والتحدي في مرحلة الطفولة المبكرة .

التدخل في مرحلة الطفولة المتأخرة :

برامج الوقاية العامة :

هناك مجموعة من أساليب التدخل في مرحلة الطفولة المتأخرة منها ما يلي :

١- مشروع سياتل للتنمية الاجتماعية :-

يُعد مشروع سياتل للتنمية الاجتماعية Seattle Social Development Project تدخل عام تم تصميمه لخفض أو تقليل العدوان عن طريق خلق بيئة مدرسية إيجابية ، وتم استخدام هذا البرنامج الوقائي بدرجة أساسية في المدارس الابتدائية العامة أو الحكومية التي تخدم مناطق بمدينة سياتل Seattle بولاية واشنطن بالولايات المتحدة الأمريكية ، وهذه المناطق تتسم بوجود معدلات عالية في الجريمة ، ويتضمن المشروع تدريباً للمعلمين لزيادة استخدام نظام إدارة الفصل بأسلوب سلوكي غير عقابي مثل التعزيز الإيجابي وتدريب الوالدين والتدريب على حل المشكلات السلوكية والتدريب على المهارات الاجتماعية .

والبحوث الطولية التي تم إجرائها وفقاً لمشروع سياتل للتنمية الاجتماعية أوضحت انخفاضاً في استخدام المشروبات الكحولية ، وانخفاضاً في الانحراف وتحسن في التحصيل الدراسي ، وانخفاض في سوء السلوك داخل المدرسة ، وبالإضافة إلى ذلك فإن الأفراد الذين تلقوا هذا التدخل الوقائي ذكروا أن لديهم المزيد من المشاعر الإيجابية والالتزام بالحضور إلى المدرسة وذلك بالمقارنة بالمجموعات الضابطة (بيريهيل وبرنز Berryhill & Prinz ، ٢٠٠٣) .

٢- أوجه دعم السلوك الإيجابي : Positive Behavior Supports

تهدف هذه الطريقة أو الأسلوب إلى الارتقاء العام بالأداء الوظيفي

الأكاديمي والاجتماعي الايجابي للأفراد على نطاق واسع ، وهذا الأسلوب له تأثير دال في خفض أوجه السلوك التي تتسم بالعناد والتحدي لدى الأطفال الذين لديهم مصاعب أو أوجه عجز تنموية وعقلية ، وأوضحت نتائج البحوث الحديثة فاعلية أو كفاءة أسلوب دعم السلوك الايجابي كتدخل وقائي واسع الانتشار في المدارس يساعد على خفض حدوث السلوكيات المسببة للمشكلات والمثال الذي يوضح تطبيق هذا الأسلوب العلاجي على نطاق واسع في المدارس هو تحديد فترة للتدريس يتم فيها عقد ورش عمل للمدرسة بأكملها بما في ذلك أعضاء هيئة التدريس والتلاميذ يتم فيها توضيح التوقعات السلوكية الموجبة التي يجب إتباعها في وقت الفسحة ، وبإتباع هذا التدخل انخفضت الإحالات أو التحويلات بشأن السلوكيات الفوضوية بنسبة ٨٠% (تود وآخرون Todd et al. ، ٢٠٠٢) .

٣- برنامج منع البلطجة : Bullying Prevention Program

يرى عدد كبير من الباحثين أن التنمر أو البلطجة Bullying نشاط إرادي واعٍ ومتعمد يقصد به الإيذاء أو العنف يقوم به فرد أو مجموعة من الأفراد ضد فرد غير قادر على الدفاع عن نفسه ، وقد يكون هذا الإيذاء جسدياً أو نفسياً ، ومن أهم دوافع سلوك البلطجة :

- السخرية من الآخرين .
- السيطرة على الآخرين .
- الاعتداء على الآخرين .
- إجبار شخص ما لعمل شئ لا يريد عمله .
- أن يظل البلطجي نجماً بين الأفراد (التحلي بالشعبية بين أقرانه) .

وتحدث البلطجة بعيداً عن أنظار المعلمين ، ويمانع الكثير من الضحايا في الإبلاغ عن التنمر أو البلطجة التي حدثت ضدهم بسبب الخوف من

الانتقام ، وعادة ما يبرر البلطجي فعلته وسلوكه ، ويكون الضحايا – في أغلب الأحيان – أضعف جسدياً ، ويفتقرون المهارات الاجتماعية ، ويعانون من تدني تقدير الذات (أولويس Olweus ، ١٩٩٣) .

وتُعد برامج منع البلطجة تدخلاً وقائياً عاماً يهدف إلى تحسين الإشراف المدرسي ، وردع أعمال البلطجة من خلال غرس الوعي عن طريق إصدار كتيبات إرشادية تقدم الاقتراحات التي يمكن إتباعها لمنع البلطجة ، والبدء في عمل اجتماعات بالفصول الدراسية واستخدام أشرطة الفيديو التي توضح ذلك (بيريهيل وبرنز Berryhill & Prinz ، ٢٠٠٣) ، وأظهرت نتائج الدراسات التي أجريت على تلاميذ المدارس الابتدائية والمدارس المتوسطة بالنرويج Nerway أن هناك انخفاضاً بنسبة ٥٠% في أعمال البلطجة ، وانخفاض الانحراف بما في ذلك أعمال التخريب والمشاجرات والسرقة والهروب من المدرسة وتعاطي المخدرات وتناول المُسكرات ، ومن الأمور المثيرة للإعجاب أن النتائج بينت أيضاً وجود تأثيرات دالة في فترة المتابعة التي استمرت عامين بالمقارنة بالمتابعة التي استمرت لمدة عام (جرينبرج وآخرون Greenberg et al. ، ٢٠٠١) .

٤– مشروع تنمية الطفل : Child Development Project (CDP)

يهدف مشروع تنمية الطفل إلى زيادة احترام الأطفال وزيادة مسئوليتهم في ظل وجود مجتمع مدرسي يهتم بالأطفال ، وتتضمن مكونات هذا المشروع التعلم التعاوني القائم على تشجيع التلاميذ على العمل سوياً مع وجود نظام تأديبي لا يلجأ إلى العقاب كوسيلة لضبط السلوك وكذلك وجود أنشطة تتعلق بالقراءة ، وأنشطة بين الأطفال من الصفوف المختلفة ؛ حيث يتم تكوين مجموعات من التلاميذ الأكبر سناً والتلاميذ الأصغر سناً ليقوموا باستكمال الأنشطة معاً ، كما يتضمن المشروع أيضاً أنشطة للوالدين تهتم

بالأمور المنزلية ، وأنشطة لبناء المجتمع يشترك فيهـا التلاميـذ والوالـدين والمعلمين والهيئات العاملة بالمشروع بحيث يعملون سوياً داخـل المدرسـة (لويس وآخرون .Lewis et al ، ٢٠٠٣) .

وأوضحت نتائج الدراسات التي أجريت في هـذا الصـدد أن تلاميـذ المدارس كان لديهم وفاءً والتزاماً عاليين لتنفيذ المهام والأنشطة المتضمنة في المشروع ، وارتقاء في القيم والاتجاهات الشخصية والاجتماعية والأخلاقيـة وذلك بالمقارنة بالمدارس التي لا تنفذ المشروع ، والمتابعات التي اسـتمرت ثلاث سنوات وأربع سنوات بالنسبة للمدارس التي بها درجـة عاليـة مـن الالتزام بالبرنامج أوضحت انخفاضاً في كثير من المقـاييس التـي تتعلـق باستخدام المادة والانحرافات السلوكية وذلك بالمقارنة بالمدارس الضـابطة (سـولومون وآخـرون .Solomon et al ، ٢٠٠٠ ؛ بيريهيـل وبرنـز Berryhill & Prinz ، ٢٠٠٣) .

العلاج وبرامج الوقاية المستهدفة :

١- التدريب على مهـارات حـل المشـكلات : Problem Solving Skills Training

تم تصميم هذا الأسلوب العلاجي للتغلب على أوجه العجز في المعرفة الاجتماعية ، وكذلك حل المشكلات الاجتماعية التي يمر بهـا الكثيـر مـن الأطفال والمراهقين الذين لديهم اضطراب المسلك ، والبحوث التي أجريـت على الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك أوضحت حدوث أوجه عجز في الطريقة التي يُشغلون من خلالها المعلومات الاجتماعية بما في ذلك الطريقة التي يحددون من خلالها الدلائل الاجتماعية ، وتفسير هذه الـدلائل وكـذلك تطوير الاستجابات المناسبة واتخاذ القرارات بشأن الإجابات المناسبة ، فعلى سبيل المثال فإن بعض الأطفال العدوانيين بدرجة شـديدة يميلـون إلـى أن

ينسبون قصدهم أو نيتهم العدوانية على مواقف الاستفزاز الغامضة مع الأقران أو الرفاق والتي تجعلهم أكثر احتمالاً بأن يتصرفوا بعدوانية نحو الأقران ، وهناك أطفال آخرون يتجهون إلى ربط النتائج الموجبة بسلوكهم العدواني مما يجعلهم أكثر احتمالاً أن يختاروا البدائل العدوانية لحل النزاع مع الأقران (دودج وآخرون .Dodge et al ، ١٩٩٧) ، ومعظم برامج التدريب على المهارات السلوكية المعرفية تشمل طريقة ما لجعل الطفل يكف عن الاستجابة الاندفاعية أو الغاضبة ، وهذا يسمح للطفل أن يمر بسلسلة من خطوات حل المشكلة على سبيل المثال كيف يتم التعرف على المشكلات ؟ ، وكيفية التفكير في الاستجابات البديلة واختيار أفضل طريقة ممكنة ومتوافقة للتعامل بمزيد من الفاعلية مع المشكلات التي يتم مواجهتها أثناء التفاعل مع الرفاق ، ورغم بعض الأمور الشائعة فإن البرامج المتعددة لها بالفعل تأكيدات مختلفة إلى حد ما ، فعلى سبيل المثال فإن برنامج التدريب على التعلم الذاتي Self-Instructional Training Program تركز بدرجة كبيرة على الكف عن أو منع الاستجابة الاندفاعية ، وبرنامج التصرف حيال الغضب Anger Coping Program يركز بدرجة أكبر على تغيير التحيزات الإدراكية فيما يتعلق بنية الرفاق وذلك باستخدام منظور التدريب على تولى المهمة والارتقاء بالاستراتيجيات البديلة في التفكير (لوكمان Lochman ، ١٩٩٢) ، ويقوم المعالج بدور إيجابي في هذه البرامج يتمثل في عمل نماذج للمهارات المراد تعلمها ولعب الأدوار للمواقف الاجتماعية وتوصيل التغذية المرتدة ، ومدح استخدام المهارات الملائمة ، ومعظم البرامج يتم تصميمها لتتلاءم مع سمات المجموعة تجنباً للأخطار المحتملة في حالة وجود الأفراد الذين لديهم سمات معايدة للمجتمع (ديشيون وآخرون .Dishion et al ، ١٩٩٩) .

ويُعد التدريب على مهارات حل المشكلات الاجتماعية أحد العلاجات السلوكية المعرفية للوقاية من السلوك المعادى للمجتمع في مرحلة الطفولة ؛ وهذا الأسلوب العلاجي يركز على تدريس وتقوية أو تعزيز مهارات حل المشكلات بين الأطفال الذين لديهم اضطرابات السلوك الفوضوي وذلك من أجل زيادة قدرتهم على التصرف بطريقة فعالة في المواقف البينشخصية ، وأوضحت نتائج البحوث التي تناولت برنامج التدريب على حل المشكلات الاجتماعية أنه برنامج فعال في خفض السلوك العدواني ، والسلوك المعادى للمجتمع إلى جانب زيادة الأنشطة الاجتماعية والتوافق المدرسي العام بين الأطفال الذين يعانون من الاضطرابات السلوكية ، وتحسين الأداء الوظيفي النفسي والاجتماعي في المدرسة ، وتعني هذه النتيجة أن التدريب على مهارات حل المشكلات أكثر فاعلية وتأثيراً في خفض أوجه السلوك الفوضوي وزيادة الأنشطة التي تعمل في صالح المجتمع وذلك في البيت والمدرسة ، والعديد من النتائج التي كشفت عنها الدراسات التي أجريت في هذا الصدد أوضحت أن هذا الأسلوب العلاجي أدى إلى حدوث تغير علاجي في الاتجاه المنشود ، وإن التغيرات التي تمت من جراء استخدام هذا الأسلوب والإجراءات المتبعة تم تسجيلها في كتيبات تسهل عملية الاستخدام أو التدريب ، ويعد التدريب على المهارات المعرفية لحل المشكلات في ضوء نتائج الدراسات التي تناولت اضطراب المسلك لدى الأطفال والمراهقين أسلوباً علاجياً واعداً وفعالاً إلى حد كبير .

والهدف من هذا الأسلوب العلاجي هو تحسين وتطوير مهارات حل المشكلات من أجل تقليل السلوك المعادى للمجتمع والسلوك العدواني في البيت أو المدرسة أو المجتمع المحلي ، وتتضمن السمات الشائعة للبرنامج تعليم الأطفال الاشتراك في منهج أو طريقة تتم خطوة خطوة لفهم المشكلة والعمل على حلها ، فالتركيز المباشر على جوانب معينة من المشكلة يؤدى

إلى التوصل إلى حلول فعالة لها ، ويستخدم هذا الأسلوب العلاجي العديد من الأساليب والفنيات التي تتضمن الألعاب والأنشطة الأكاديمية ، والقصــص ، ولعب الأدوار ، والتعزيز ، والنمذجة ، والعقاب المعتدل أو المعقــول كفقــد النقاط أو العلامات (بارتون Barton ، ٢٠٠٣) .

وقد أوضحت نتائج العديد من الدراسات التــي اعتمــدت علـــى هــذا الأسلوب العلاجي سواء مع الأطفال أو المراهقين الذين يعانون من اضطراب المسلك أن هذا الأسلوب العلاجي أدى إلى خفض السلوك العدواني والسلوك المضاد للمجتمع سواء في المنزل أو المدرسة أو المجتمــع المحلـــي وذلــك بدرجة دالة ، وأن المكاسب التي تحققت استمرت لمدة عام بعد العلاج ، كما أوضحت نتائج دراسات أخرى أن الأطفال الأكبر سناً الذين تتراوح أعمارهم من ١١ – ١٣ سنة يستفيدون من العلاج بدرجة أكبر مما يستفيد به الأطفال الأصغر سناً وربما يرجع ذلك إلى تقدمهم في النمو المعرفـــي (ديــورلاك وآخرون Durlak et al. ، ١٩٩١ ؛ كيندال Kendall ، ١٩٩١) ، والعديد من النتائج التي كشفت عنها الدراسات التي أجريت في هذا الصدد أوضحت أن هذا الأسلوب العلاجي أدى إلى حدوث تغير علاجي في الاتجاه المنشود ، وأن التغيرات التي تمت من جراء استخدام هذا الأسلوب والإجراءات المتبعة تم تسجيلها في كتيبات تسهل عملية الاستخدام أو التدريب .

وأوجه قصور كفاءة معظم البرامج المعرفية الســلوكية تتمثــل فـــي الصعوبات التي يتم مواجهتها عند جعل الأطفال يستخدمون المهارات التـــي تعلموها خارج المقر العلاجي ، والمحافظة على المهارات خلال فترة ممتدة من الزمن بعد انتهاء التدخل العلاجي (كندال وآخــرون Kendall et al. ، ١٩٩٠) ، ولزيادة عملية التعميم تم تصميم العديد من البــرامج لكـــي يــتم تنفيذها خارج المكان النمطي لتقديم الخدمات الصحية والنفسية حتى يمكــن

تنفيذ أو تعليم المهارات في البيئة التي سوف تستخدم فيها هذه المهارات ، وأيضاً للارتقاء ولزيادة عملية التعميم فإن معظم البرامج تتضمن ممارسة المهارات في أماكن مختلفة، ومع ذلك فالأهم هو أن كل هذه البرامج تتضمن الأفراد الموجودين في البيئة الطبيعية للطفل كالوالدين والمعلمين لكي يبدءون في استخدام هذه المهارات خارج السياق العلاجي (بيلنج وآخرون Bieling et al. ، ٢٠٠٩) .

٢- برنامج التصرف عند الغضب : Anger Coping Program

تم تطوير برنامج التصرف الإيجابي عند الغضب كبرنامج وقائي يستهدف الأطفال العدوانيين ، وتم إجراؤه على مجموعات صغيرة بالمدارس كما استخدم في تدخلات فردية أيضاً ، ويُعد التدريب على ضبط الغضب Anger-Control Training طريقة واعدة لتعليم الأطفال العدوانيين ضبط النفس في المواقف المسببة للغضب والاستفزاز ، وفي هذه الطريقة يتم تعليم الأطفال أن يتحملوا الهجوم اللفظي بدون الرد بطريقة عدوانية وذلك باستخدام أساليب التشتت أو صرف الانتباه مثل التمتمة بنغمة أو لحن ، وقول أشياء مهدئة لأنفسهم أو الابتعاد أو الهروب عن هذه المواقف ، ثم يمارس الأطفال هذه الطرق المتعلقة بضبط الذات أثناء استفزاز صديق لهم أو إهانته لهم ، وتركز طرائق العلاج المعرفي السلوكي المستخدمة على الفهم المشوه للأحداث الاجتماعية التي يمر بها الأطفال ذوى اضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدي ، كما تركز أيضاً على تعديل وتوسيع عمليات التقدير البينشخصى للطفل حتى يمكن للأطفال أن يطوروا فهماً أكثر رقياً للمعتقدات والرغبات عند الآخرين بالإضافة إلى تحسين قدرة الطفل على تنظيم أو ضبط استجابته

النفسية أو الاجتماعية .

ويرى باركلي Barkley (٢٠٠٣) أن التدريب على التحكم في الغضب يتفوق بدرجة واضحة على العلاج الذي يؤكد فقط على العناصر المعرفية ، وتبدأ الجلسات العلاجية لترويض الغضب بأن يطلب المعالجون النفسيون من الأطفال الإفصاح عن العبارات التي يستخدمها الرفاق وتسبب لهم الإغاظة والاستفزاز ، ويقوم الأطفال بكتابة هذه العبارات أو ذكرها ، ومثل هذا الإفصاح الصريح قد يؤدى إلى الإحراج أو السخرية ، ولكن وجود جو يتسم بالثقة في الجماعة أو المعالج يساعدهم في التغلب على هذه المشاعر ، وبعد ذلك يقوم المعالج بتوضيح كيفية استخدام هذه العبارات في السيطرة على الذات ، ثم يبدأ المعالج بسؤال الأطفال عن اقتراحاتهم حول أنسب الطرق للتصرف في هذه المشكلة وبعد ذلك يقدم اثنان من المرشدين بالاشتراك مع بعضهما مناقشة ساخرة بطريقة تبدو عفوية ، ولكن تم التخطيط لها من قبل ، ويتجاوب المرشد القائم بدور الضحية في هذه المناقشة بطريقة عدائية لفظية في أول الأمر ، والهدف هنا هو إثارة دهشة الأطفال وتحفيزهم على مناقشة ما حدث وأن يقوموا بذكر الأسلوب الأفضل الذي كان بإمكان المرشد الذي تمت إغاظته أن يفعله ، وتتكرر هذه المناقشة والمجادلة عدة مرات بهدف إدخال مقترحات الأطفال من أجل المزيد من السيطرة على النفس من جانب الشخص الذي يكون ضحية العمل الاستفزازي ويمكن استخدام طريقتان لترويض الغضب هما :

- أن يكظم الفرد غضبه في داخله .
- أن يوجه الفرد الغضب نحو نفسه .

وترى يونج Young (٢٠٠٢) أنه يجب إدخال طرائق متعددة

لترويض الغضب منها الابتعاد عن مصدر الاستفزاز ، وإعادة بناء أو تركيب موقف من الناحية المعرفية ، ومن المهم للمعالج أن يتعرف على مشاعر الأفراد أثناء الاضطراب ، وسيكون ذلك مهماً على نحو خاص عندما يطلب منهم إعادة صياغة موقف ما بطريقة معرفية ، فالأفراد الذين يعانون من الاضطراب يعتقدون أن العالم المحيط بهم يمثل تهديداً لهم وأن الناس معادين لهم ؛ لذا ينبغي على المعالج تعليم هؤلاء الأفراد أن يفكروا ويواجهوا التشوهات المعرفية ويتصدون لها ، ويكون من المفيد تعليم هؤلاء الأفراد أساليب المراقبة الذاتية والتنظيم الذاتي لانفعالاتهم .

ومعظم الطرائق السابقة هي طرائق وقائية تركز في المقام الأول على الأطفال الصغار الذين يظهرون سلوكاً انحرافياً خطيراً ، وبمجرد أن يحتك الأطفال أو المراهقين ذوى اضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدي بالشرطة والمحاكم يصبح من الصعب بدرجة كبيرة أن نعيد توجههم إلى الطرائق الحياتية الملزمة بمعايير المجتمع والسلوك الحميد ، وهذا يثير نقطة في غاية الأهمية وهى أن تفادى الاحتكاك بالشرطة والمحاكم يعتبر ضرورياً للنجاح في علاج الأفراد المنحرفين .

التدخل في مرحلة المراهقة المبكرة

برامج الوقاية العامة :

١ – التدريب على المهارات الحياتية : Life Skills Training

يُعد برنامج التدريب على المهارات الحياتية مثالاً لبرنامج تدخل عام تم تصميمه لمنع سوء استخدام المادة لدى المراهقين ، وتم تطوير هذا البرنامج لاستخدامه لدى تلاميذ مرحلة المراهقة المبكرة ، ويتم تنفيذه في ١٥ جلسة (حصة دراسية) خلال السنة الأخيرة بالمرحلة الإعدادية مع جلسات تكميلية للتقوية أو التعزيز خلال السنتين التاليتين ، وتم استخدام

الأساليب الفنية للتدريب على المهارات المعرفية السلوكية لتعليم التلاميذ مهارات الإدارة الذاتية والمهارات الاجتماعية ، ومهارات مقاومة المخدرات ، وقد أتضح أن البرنامج كان فعالاً ومؤثراً بدرجة عالية في تقليل تناول المشروبات الكحولية واستخدام التبغ والمارجوانا Marijuana وذلك في سلسلة من التجارب العشوائية من أجل التحقق من كفاءة البرنامج ، ودعمت نتائج التقييم فاعلية البرنامج على المدى الطويل بالإضافة إلى قابليته للتعميم على مجموعات متنوعة من الناحية الجغرافية ، والاجتماعية – الاقتصادية ، والسلالية أو العرقية (بوتفن وجريفن Botvin & Griffin ، ٢٠٠٤ ؛ ماثيوس ولوكمان Matthys & Lochman ، ٢٠١٠) .

٢- الاستجابة (الرد) بطرق سلمية وإيجابية :

Responding in Peaceful and Positive Ways

يساعد الرد بطرق سلمية وإيجابية المراهق على تعليم خطوات حل المشكلات ، ومهارات الاتصال الأفضل ، والأساليب الفنية للإنجاز أو التحصيل الأمر الذي يسهم في الارتقاء بأسلوب نبذ العنف لدى تلاميذ مرحلة المراهقة المبكرة (فاريل وآخرون .Farrell et al ، ٢٠٠١) ، وتم تشجيع المراهقين على تضمين المهارات المكتسبة من البرنامج وذلك من خلال تكرار الخطوات الخاصة بحل المشكلات باستخدام الأداء المسرحي والتعلم التجريبي والتدريس الفعلي (فاريل وآخرون .Farrell et al ، ٢٠٠٣) ، وبينت النتائج أن التدخل العلاجي الخاص بالرد بأساليب سلمية وإيجابية أدى إلى انخفاض العقاب المدرسي لدى المراهقين نتيجة الاشتراك في أعمال العنف ، وتمثل هذا الانخفاض في وجود تكرار أقل لمرات الإيقاف عن الدراسة (الطرد من المدرسة ، أو الفصل المؤقت من المدرسة) وذلك بالمقارنة بالمراهقين في المجموعة الضابطة ، كما وجدت فروق تتعلق بالجنس أو النوع فالمراهقين الذكور كان لديهم عدد مرات أقل في الفصل من

المدرسة بالمقارنة بالمجموعة الضابطة وذلك لمدة عام بعد إتباع هذا التدخل الوقائي ، بينما الفتيات المراهقات لم يحافظن بدرجة كبيرة على مرات الانتظام في المدرسة ؛ حيث كانت مرات إيقافهن عن الدراسة منخفضة بالمقارنة بالمجموعة الضابطة ، وعلى وجه العموم فإن التلاميذ الذين كان لديهم أعلى المعدلات في أوجه السلوك الفوضوي قبل تلقيهم لهذا النوع من التدخل قد حققوا أعظم فائدة من وراء استخدام الرد بطرق سلمية وإيجابية (فاريل وآخرون .Farrell et al ، ٢٠٠١) .

٣- التنمية الإيجابية للشباب : Positive Youth Development

تُعد التنمية الإيجابية للشباب تدخلاً وقائياً عاماً يهدف إلى زيادة الكفاءة الاجتماعية والشخصية لدى مراهقي المرحلة المبكرة ، والجلسات التي يتضمنها التدخل العلاجي تغطي موضوعات عن إدارة الضغوط النفسية وتقدير الذات وحل المشكلات ومعلومات عن سوء استخدام المادة ومعلومات عن الصحة العامة ، والتدريب على إثبات الشخصية أو التوكيدية (كابلان وآخرون .Caplan et al ، ١٩٩٢) ، والدراسات التي قارنت الرد بطريقة سلمية وإيجابية بمجموعات ضابطة وجدت أن المراهقين الذين تلقوا هذا التدخل الوقائي قد تحسنوا في حل الصراعات بطريقة إيجابية ، واستطاعوا التحكم جيداً في الاندفاع وتحسنت شعبيتهم وذلك طبقاً لتقديرات المعلمين ، كما أن المراهقين في مجموعات الرد بطريقة سلمية وإيجابية أظهروا زيادة في استخدام مهارات حل المشكلات وانخفاض النية لاستخدام المواد المخدرة والخمور (جرينبرج وآخرون .Greenberg et al ، ٢٠٠٣) .

٤- مشروع البيئة الانتقالية المدرسية : School Transitional Environment Project

يستهدف هذا المشروع مهارات المواءمة لدى المراهقين خلال المراحل الانتقالية مثل الانتقال من المدرسة الابتدائية إلى المدرسة الإعدادية

والانتقال من المدرسة الإعدادية إلى المدرسة الثانوية ، وأحد مكونات مشروع البيئة الانتقالية المدرسية هو التعرف على النظام المدرسي الاجتماعي القائم ، ويهتم هذا المشروع أيضاً بإعادة النظر في الدور الذي يقوم به المدرس عن طريق تشجيعه بأن يكون همزة الوصل الرئيسية بين الوالدين والمدرسة مع زيادة الدعم الكلى له ، وأوضحت المتابعة الطويلة الأمد لتلاميذ المرحلة الإعدادية ، وتلاميذ المرحلة الثانوية الذين يتلقون مشروع البيئة الانتقالية المدرسية وجود نسبة انخفاض تصل إلى ٥٠% في معدلات التسرب ، وارتفاع مستوى التحصيل الدراسي ، والانتظام في المدرسة ، كذلك أوضحت نتائج الدراسات المتعددة التي أجريت في هذا الصدد أن مشروع البيئة الانتقالية المدرسية يحدث تغيراً مدرسياً كاملاً تتحسن فيه تماماً المصاعب النفسية الاجتماعية والسلوكية والدراسية بالمقارنة بالمجموعات الضابطة (فينر وآخرون .Feiner et al ، ١٩٩٤) .

العلاج وبرامج الوقاية المستهدفة :

فن ضبط النفس : The Art of Self Control

يقصد بضبط النفس قدرة الفرد على توجيه مشاعره وأفكاره وإمكانياته نحو الأهداف التي يصبو إليها ، فالذات أو النفس هي ما يملكه الفرد من مشاعر وأفكار وإمكانيات وقدرات ، وإدارتها أو ضبطها تعني استثمار ذلك كله الاستثمار الأمثل في تحقيق الأهداف والآمال ، وهذه القدرات منها ما هو موجود بالفعل ومنها ما يحتاج أن يتم اكتسابه بالممارسة والمران .

ويتكون هذا البرنامج العلاجي من ١٢ جلسة جماعية مدة كل منها تتراوح من ٤٥ – ٩٠ دقيقة بواقع جلسة واحدة أسبوعياً وذلك في الأماكن التي تتواجد بها عيادات خارجية ، بينما يتم عقد جلستين أسبوعياً في أماكن العلاج الأخرى ، وتتكون كل مجموعة علاجية من ٨ – ١٢ عضواً ، وعادة

يكون قادة الجلسات من المتخصصين في رعاية الطفل أو الطب النفسي أو الأخصائيين النفسيين والاجتماعيين أو المعلمين ، وقد يتم الاستعانة بالوالدين ويقدم البرنامج تدريباً على الاسترخاء ، والتعلم الذاتي ، واستخدام استراتيجيات المجاهدة أو التصرف تجاه الغضب ، والمراقبة الذاتية للغضب والمواقف المسببة للصراعات ، وأساليب أو طرق حل المشكلات والعينات السكانية التي تم فحصها تضمنت المراهقين الذين جربوا أو مروا بتاريخ للعدوان (على سبيل المثال المراهقين الذين تم إيقافهم عن الدراسة لمرات عديدة ، والمراهقين المنحرفين ، وكذلك المراهقين المقيمين بمستشفيات العلاج النفسي) ، وهذا البرنامج تم تعديله لاستخدامه بدرجة أساسية مع المراهقين المسجونين ، وهذا التعديل أطلق عليه برنامج التدريب على التحكم في الغضب (كابلدي وإيدي Capaldi & Eddy ، ٢٠٠٩) .

وكشفت نتائج البحوث التي استخدمت هذا البرنامج حدوث انخفاض دال في السلوك العدواني المشين ، وحدوث تحسن دال في كل من القدرة على حل المشكلات ، وفي المهارات الاجتماعية ، وفي التأمل المعرفي ، وفي الاندفاعية التي تم تقديرها أو تقييمها من جانب الكبار ، وفي ضبط النفس (فيندلر وإكتون Feindler & Ecton ، ١٩٨٦) .

الفصل التاسع

علاج اضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدي وتقوية الكفاءة النفسية والاجتماعية لدى الأطفال

مقدمة :

أوضحت نتائج المسح القومي الذي أجرته ويبستر – ستراتون وهاموند Webster-Stratton & Hammond (١٩٩٨) أن انتشار السلوكيات العدوانية لدى الأطفال في مرحلة ما قبل دخول المدرسة ، والذين في عمر دخول المدرسة يصل إلى ١٠% ، وقد ترتفع هذه النسبة لتصل إلى ٢٥% لدى الأطفال الذين يعيشون في أسر متدنية الدخل .

وبدون التدخل العلاجي المبكر فإن المشكلات السلوكية والنفسية مثل العدوان Aggression ، وسلوك المعارضة Oppositional Behavior ، ومشكلات المسلك Conduct Problems لدى الأطفال الصغار قد تصبح أنماطاً شائعة للسلوك بحلول سن الثامنة ، وتبدأ بمسار من المشكلات الدراسية المتصاعدة ، والتسرب من المدرسة ، والانحراف والعنف ، ويرى هارستاد وبارباريزي Harstad & Barbaresi (٢٠١١) أن برامج تدريب الوالدين Parent Training Programs تُعد أكبر وأنجح طريقة علاجية لتقليل اضطراب المسلك Conduct Disorder (CD) واضطراب العناد والتحدي Oppositional Defiant Disorder (ODD) لدى الأطفال الصغار .

وتوجد مجموعة متنوعة من البرامج المقدمة للوالدين أسفرت عن تحسينات مستمرة ودالة من الناحية الكلينيكية لدى ما لا يقل عن ثلثي الأطفال الصغار الذين تم علاجهم من اضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدي ، وهذه

الدراسات التجريبية قدمت الدليل الذي يؤيد نظريات التعلم الاجتماعي التي تلقى الضوء على الدور الحيوي الذي يلعبه الأسلوب الوالدي وفاعلية التأديب في تحديد الكفاءة الاجتماعية للأطفال ، وتخفيف حدة اضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدي (باترسون وآخرون .Patterson et al ، ٢٠٠٠) .

ورغم الدليل الواضح على كفاءة برامج تدريب الوالدين كطريقة علاجية ، فإن هذه الطريقة يؤخذ عليها ما يلي :

١- أوضحت نتائج عدد من الدراسات أنه على الرغم من أن برنامج تدريب الوالدين أسفر عن تحسن دال في سلوك الطفل في البيت إلا أنه لا يؤدى إلى حدوث التحسن الدال في المدرسة ومع الأقران (مابي Mabe ، ٢٠٠٣) .

٢- أوضحت تقارير المعلمين أن ثلث الأطفال تقريباً الذين يعانون من اضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدي والذين تلقى والديهم برنامج تدريب الوالدين استمروا في أن يكون لديهم مستويات كلينيكية (مرضية) تتعلق بحدوث مشكلات سلوكية مع الأقران إلى جانب السلوك العدواني في حجرة الدراسة بعد مرور ثلاث سنوات من العلاج (ويبستر - ستراتون وريد Webster-Stratton & Reid ، ٢٠٠٣أ) .

٣- أن بعض الآباء لا يداومون على الاشتراك في برنامج تدريب الوالدين وذلك بسبب صراعات العمل ، ومنغصات أو ضغوط الحياة ، أو نقص الدافعية .

٤- أن بعض الآباء يتلقون البرنامج العلاجي الخاص بتدريب الوالدين ، ولكن يكون لديهم صعوبة في تنفيذ أو تفعيل الاستراتيجيات التي تم تعلمها في البرنامج ، وذلك بسبب الطبع الصعب لطفلهم (ريد وآخرون .Reid et al ،

٢٠٠٤) .

وهذه التحديات أو أوجه القصور في برنامج تدريب الوالدين أدت إلى إتباع طريقة أخرى لعلاج اضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدي لدى الأطفال بمعنى تدريب الأطفال بطريقة مباشرة علـى المهـارات الاجتماعيـة ، وحـل المشكلات وضبط الغضب .

والنظرية التي يعتمد عليها هذا الأسلوب العلاجي تقوم علـى مجموعـة أساسية من البحوث التي أوضحت أن الأطفال الذين يعـانون مـن المشـكلات السلوكية يظهرون أوجه عجز في المهارات الاجتماعية السلوكية عندما يتفاعلون مع الأقران (كـوى ودودج Coie & Dodge ، ١٩٩٨ ؛ لارمـار وجريفـث Larmar & Griffith ، ٢٠٠٦) ، وفي دراسـة قارنـت الأطفـال الصـغار المحولين إلى العيادة النفسية والذين تتراوح أعمارهم الزمنية من ٤ – ٧ سنوات والذين يعانون من اضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدي مع مجموعـة مناظرة للأطفال الذين ينمون بطريقة نمطية ، وجد أن المجموعة الأولى أظهرت بدرجة دالة صفات سلبية أكبر ، وعدد أقل لاسـتراتيجيات حـل المشـكلات ، وتأخراً كبيراً في المهارات الاجتماعية خلال التفاعلات أو ردود الأفعال أثنـاء اللعب مع الأصدقاء وذلك عما في حالة المجموعة الأخيرة (ويبستر – ستراتون وليندساى Webster-Stratton & Lindsay ، ١٩٩٩) .

ويتعلم الأطفال ذوي الكفاءة الاجتماعية بسهولة الاستراتيجيات التي تساعد على التفاعل الايجابي مع الآخرين في البيت والمدرسة ، والأطفال الذين لـديهم طباع صعبة تتمثل في النشاط الزائد والاندفاعيـة ونقـص الانتبـاه ، والـذين

ينحدرون من خلفيات اجتماعية واقتصادية متدنية يكون لديهم صعوبة في تعلم ضبط الغضب ، والمهارات الاجتماعية ، والسيطرة على الانفعالات والضبط النفسي ، ومهارة تكوين واستمرار الصداقات ، ونظراً لأن نمو هذه المهارات ليس ذاتياً بالضرورة بالنسبة لهؤلاء الأطفال فالحاجة ملحة للتعرف على هؤلاء الأطفال واستهدافهم لإجراء تدخل علاجي إضافي (بريديكامب وكوبل Bredekamp & Copple ، ١٩٩٧) ويُعد سن ما قبل دخول المدرسة والصفوف الأولى بالمدرسة وقت استراتيجي للتدخل مباشرة مع الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدي مبكر الحدوث ، وذلك قبل أن تتبلور السلوكيات السلبية وفي غياب التدخل العلاجي فإن المشكلات السلوكية لدى الأطفال تزداد وخاصة بعد أن يدخل الطفل المدرسة مما يضعه في مخاطرة متزايدة من جراء النبذ من جانب الأقران ونمو المهارات الاجتماعية الرديئة (لوبير وفارنجتون Loeber & Farrington ، ٢٠٠٠) .

ويساعد التدخل في سن مبكرة على نمو المهارات الاجتماعية الفعالة ، كما يمنع تعلم السلوكيات العدوانية قبل أن تصبح هذه السلوكيات أنماطاً دائمة ، ولقد تم تصميم عدد من البرامج الفردية ، وبرامج المجموعات الصغيرة لوقاية الأطفال وعلاجهم من اضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدي عن طريق تعلم المهارات الاجتماعية وأسلوب حل المشكلات إلا أن هذه البرامج العلاجية رغم كفاءتها فإنها أقل فاعلية من الطرائق المتبعة في علاج الوالدين (ويبستر – ستراتون وريد Webster-Stratton & Reid ، ٢٠٠٣ أ) وتقييم هذه التجارب مع الأطفال الذين تم تشخيصهم أوضحت أن تعلم المهارات الاجتماعية ، واستراتيجيات حل المشكلات ، واستراتيجيات ضبط الغضب كانت فعالة في

تقليل مشكلات المسلك على المدى القصير (ويبستر – ستراتون وهاموند Webster-Stratton & Hammond ، ١٩٩٧) ، ومع ذلك فالنتائج الطويلة الأمد لم يمكن التأكيد عليها في العديد من التحليلات البعدية ؛ حيث أوضحت نتائج المتابعة تدني النتيجة ، ومعظم هذه الدراسات تم إجراؤها لبرامج وقائية في المدارس التي بها عينات سكانية متباينة بدون تصنيفات تشخيصية ، كما أن نتائج مثل هذه الدراسات أو البرامج في عيادات الصحة النفسية والتي تم إجراؤها على الأطفال ذوى اضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدي لم يتم معرفة الكثير عنها ومن بين ٤٩ دراسة تمت مراجعتها كان هناك ثلاث دراسات فقط تم إجراؤها في عيادات الصحة النفسية (ويبستر – ستراتون وريد Webster-Stratton & Reid ، ٢٠٠٣أ) .

وفشل برامج علاج الطفل والوالدين في تحقيق التحسن طويل الأمد لدى بعض الأطفال ينشأ من التركيز الضيق للمقابلة الشخصية على عامل مخاطرة واحد ، فمعظم برامج الوالدين تركز بدرجة كبيرة جداً على تدريب الوالدين على ضبط السلوك الاجتماعي لأطفالهم في البيت بدلاً من مساعدتهم على علاج المشكلات الأكاديمية في المدرسة أو مشكلات العلاقة مع الأقران ، كما أن برامج تدريب الوالدين تفشل غالباً في أن تشرك المعلمين في خطط العلاج ، ومن ناحية أخرى فإن مجموعات العلاج التي تركز على المهارات الاجتماعية للأطفال تعالج بالفعل أوجه العجز الاجتماعية والنفسية عند الأطفال ، ولكن يتم إجراؤها غالباً بدون مدخلات وبدون تعاون مع والدي ومعلمي الطفل مما يجعل التعميم للمهارات الجديدة عبر المواقع أو الأماكن عملية صعبة ، ولكي

يحدث التعميم عبر الأماكن المختلفة يجب أن يتضمن العلاج الوالدين والمعلمين حتى يستفيدوا من العلاج المقدم بطريقة طبيعية في البيت والمدرسة لتعزيز السلوكيات الاجتماعية الملائمة ، وبالإضافة إلى ذلك فإن علاجات الأطفال الصغار في السن ربما لم تكن فعالة أو مؤثرة إما لأنها كانت معرفية في توجهها بدرجة أكثر من اللازم (أي بلا ممارسات سلوكية كافية) ، وليست موجهة لمستوى نمو الأطفال أو لأنها لم يتم تصميمها لتفي بالاحتياجات النوعية للأطفال ذوى التشخيص الخاص (كابلدى وإيدى Capaldi & Eddy ، ٢٠٠٩) ، ويهدف هذا الفصل إلى وصف برنامج علاجي صمم خصيصاً للأطفال الذين تتراوح أعمارهم من ٤ – ٨ سنوات إلى جانب تحقيق الأهداف المتمثلة في تصميم الاستراتيجيات الخاصة بالتدخل العلاجي لأوجه العجز الاجتماعية والنفسية والمعرفية التي يعرضها أو يظهرها الأطفال الذين لديهم مشكلات سلوكية تتمثل في اضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدي ، ويؤكد هذا البرنامج العلاجي على تدريب الأطفال على المهارات مثل مهارات الاتصال ، وضبط الغضب ، وحل المشكلات البينشخصية ، والامتثال للقواعد المدرسية ، وتكوين الصداقات الجيدة ، والمشاركة الوجدانية ، والوعي النفسي ، وهذا التدخل العلاجي اعتمد بدرجة كبيرة على طرق التدريس التي أثبتت أنها فعالة بدرجة خاصة بالنسبة للأطفال الصغار مثل عمل نماذج باستخدام عرائس أو دمى واستخدام شرائط الفيديو ، والتدريب والتعزيز أثناء أنشطة الممارسة ، واللعب الخيالي ، ولعب الأدوار ، يضاف إلى ذلك أن هذا البرنامج تم

تعميمه على عدد كبير من الآباء والمعلمين لإبداء ملاحظاتهم وتعزيزاتهم لمهارات معينة يتم مشاهدتها في البيت أو المدرسة .

ويصلح هذا البرنامج العلاجي للتطبيق على الأطفال الذين يطلبون العلاج بعيادات الصحة النفسية أو المراكز المتخصصة في علاج المشكلات السلوكية برفقة والديهم ، وتتمثل معايير السماح بالاشتراك في العلاج فيما يلي :

- أن يتراوح عمر الطفل بين ٤ – ٨ سنوات .
- ألا يكون للطفل تاريخ يفيد بأنه مريض بالذهان ، ولم يتلق أي شكل من أشكال العلاج النفسي وقت تحويله للعلاج .
- أن تكون المشكلة التي أدت إلى تحويل الطفل للعلاج مشكلة سلوكية في المقام الأول (على سبيل المثال عدم الامتثال والعدوان وسلوك التحدي والمعارضة) لمدة ستة شهور على الأقل .
- أن يذكر الوالدين وجود ما يزيد على ١٠ مشكلات سلوكية من جانب الطفل طبقاً للدرجة القاطعة الموصى بها لتصفية الأطفال للعلاج من المشكلات السلوكية في قائمة آيبرج لسلوك الطفل Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI) ، وأن يكون متوسط عدد المشكلات السلوكية طبقاً لدرجة المشكلات في قائمة آيبرج توضح أن الأطفال يقعون في المدى الكلينيكى .
- أن ينطبق على الطفل المعايير التشخيصية لاضطراب المسلك ، و المعايير التشخيصية لاضطراب العناد والتحدي وذلك طبقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية (DSM-IV-TR) الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric

Association (٢٠٠٠) أو معايير الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية (DSM-5) الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric Association (٢٠١٣) .

والأطفال الذين تنطبق عليهم المعايير التشخيصية لاضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يتم تحديدهم أيضاً نظراً للحالة المرضية المشتركة العالية بين اضطراب العناد والتحدي واضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد .

ويستهدف البرنامج العلاجي الأطفال ذوى المشكلات السلوكية (اضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدي) ، وهو مناسب أيضاً لعلاج المشكلات المرضية المصاحبة مثل المشكلات المتعلقة بالانتباه والنبذ من جانب الأقران ، ويتكون البرنامج من ١٨ – ٢٢ جلسة ، ومدة الجلسة الواحدة ساعتان ، ويمكن أن يقدم هذا البرنامج بواسطة الأخصائيين في الطفولة المبكرة والذين لديهم خبرة في علاج الأطفال ذوى الاضطرابات السلوكية أو المشكلات السلوكية التي تحدث مبكراً ، ويتلقى المعالجون في هذا البرنامج تدريباً مكثفاً لمحتوى وطرائق العلاج ويستخدمون الأدلة الشاملة التي يستخدمها قائد المجموعة والتي تصف محتوى الجلسة وأهدافها وشرائط الفيديو التي يتم عرضها ، ويتم مراقبة اكتمال العلاج من خلال بروتوكولات الجلسات بالإضافة إلى المراجعات التي يقوم بها المشرف وشريط فيديو الأقران أو الرفاق .

وعند العمل مع الأطفال الذين لديهم مشكلات سلوكية ، فإن اكتساب تعاونهم وامتثالهم يساعد على الاختلاط بهم وتعليمهم ، وأوضحت نتائج البحوث

التي أجريت في هذا الصدد أن هؤلاء الأطفال غير ممتثلين بنسبة تتراوح من ٨٠ : ٩٠% تقريباً لأوامر وطلبات الوالدين والمعلمين (ويبستر - ستراتون وليندساي Webster-Stratton & Lindsay ، ١٩٩٩) ؛ ولهذا فإن أحد المهام الأولى لهذا البرنامج العلاجي هي تعليم إجراءات التدريب على الامتثال ، والجلسات الجماعية الأولى تركز على أهمية إتباع قواعد المجموعة (إتباع التوجيهات أو رفع الأيدي بهدوء ، واستخدام صوت هادئ وودود) ويتم عرض القواعد ولعب الأدوار وممارستها مع الأطفال باستخدام دمى كبيرة الحجم ، ويتم إعطاء الحوافز في حالة إتباع القواعد ، ويتم التنبيه على الأطفال بأن الحرمان من الحوافز والأنشطة يكون نتيجة لضرب أو إيذاء شخص آخر ، ويصف المعالجون بوضوح إجراء الإبعاد المؤقت(*) Time - Out كرد فعل لضرب أو إيذاء شخص آخر ، ويشاهد الأطفال مشهداً مصوراً على شريط فيديو لطفل يذهب لقضاء الإبعاد المؤقت ويبقى هادئاً ، وبعد ذلك يتم استخدام الدمى لعمل نموذج لجميع الخطوات المتبعة للإبعاد المؤقت ، ويمارس الأطفال هذه الخطوات ويتدربون على استخدام العبارات الذاتية الموجبة أثناء الإبعاد المؤقت ، كما يتم تعليمهم أن يساعدوا أصدقائهم المفروض عليهم الإبعاد المؤقت وذلك عن طريق تجاهلهم حتى يعودون للمجموعة ، وعندما يعود الطفل إلى المجموعة بعد الإبعاد

---

* أسلوب علاجي يتم من خلاله إبعاد الطفل في مكان أقل تدعيماً بهدف إيقافه عن الاستمرار في أي سلوك غير ملائم ، وعادة ما يستغرق هذا الإبعاد فترة تتراوح من دقيقتين إلى عشر دقائق حسب عمر الطفل ، ويترك الطفل بمفرده خلال تلك الفترة دون اهتمام من أحد ، ويجب أن يكون المكان الذي يعزل فيه الطفل خالياً من أي شيء يتعامل معه الطفل حتى لا تصبح هذه الأشياء معززاً لتكرار السلوك غير المرغوب .

المؤقت يبحث المعالجون عن أول فرصة لإعــادة اشــتراكه مــع المجموعــة ويمدحونه عندما يسلك بطريقة ملائمة ، ويتم إجراء الإبعاد المؤقت بأقل طريقة ممكنة بحيث يطلب من الأطفال أولاً أن يذهبوا للجلوس في المكان المخصــص لذلك في آخر الحجرة ويتم تجاهل الأنين أو العــواء أو النحيــب ذو المســتوى المنخفض وكذلك السلوك الملتوي طالما كان الطفل يجلس على الكرسي ، أمــا باقي الأطفال الذين يكون سلوكهم مضطرباً يتم تحذيرهم قبل اصــطحابهم إلــى حجرة منفصلة لاستكمال الإبعاد المؤقت .

ويجب أن تتطابق الطرق أو العمليات الخاصة بتعليم المهارات الاجتماعية للأطفال الصغار مع أساليب تعلم الأطفال وطباعهم وقدراتهم المعرفية ، فخــلال الفترة العمرية التي تتراوح من ٤ – ٨ سنوات توجد فروق شاسعة في القدرات الإنمائية للأطفال ، فبعض أطفال المجموعة ربما يقرأون بطلاقة ، وهناك أطفال آخرون ربما لا يستطيعون القراءة إطلاقاً ، وبعض الأطفال يكونون قادرين على فهم الأفكار المعقدة نسبياً مثل كيفية تقييم النتائج المحتملة لعمل ما ، بينما هنــاك أطفال آخرون لديهم فكرة بسيطة على التنبؤ بالنتائج ، ويقدم البرنامج المحتويات وثيقة الصلة بالنواحي التي يهتم بها الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة ، وفــي سن الصفوف الأولى من المرحلة الابتدائية ، وحينئذ يقوم المعالج بتقديم المحتوى للطفل طبقاً لاحتياجاته ، والأجزاء التالية تقدم الخطوط الإرشــادية ، وتصــميم أسلوب تقديم البرنامج طبقاً لاحتياجات المجموعة .

وهذا البرنامج صمم خصيصاً للأطفال الذين تتراوح أعمارهم من ٤ – ٨ سنوات ، وهذا الخليط العمري يعتبر مثالياً وذلك لأن الأطفال الأكثر نضجاً يمكن أن يشتركوا في أدوار المساعدة ، وهذا يعنى أيضاً أن المجموعة تتكــون مــن

أطفال يختلفون في القدرة اللفظية ، كما يجب اختيار مجموعات من الأطفال من مستوى نمائي أو عمري مشابه حتى يكون لدى كل طفل رفيق واحد على الأقل في نفس المستوى بالنسبة للجنسين (الذكور والإناث) ، ومن المهم ألا توجد مجموعة بها فتاة واحدة ، فمعظم البنين أو الأولاد الذكور يظهرون المشكلات السلوكية بدرجة أكبر من البنات ؛ ولذا فإن معظم المجموعات يجب أن تتكون أساساً من البنين ، ولأسباب عملية يجب أن تتكون المجموعات من أطفال يمثلون خليطاً من أنواع الطباع وأن يتراوح العدد في كل مجموعة بين ٥ - ٦ أطفال .

ويقوم المعالجون بالإعداد والتخطيط لكل جلسة ويطلعون على الأهداف ويصممون لعب الأدوار واستراتيجيات التعلم أو التدريس طبقاً للأهداف المحددة لكل طفل في المجموعة استناداً إلى إجراءات التقدير ، والسلوكيات السلبية والسلوكيات الايجابية المستهدفة ، ويقوم المعالجون بالتشاور مع قائد كل مجموعة بشأن أي السلوكيات تم تجاهلها ، وأي السلوكيات تم امتداحها أو تعزيزها لزيادة المهارات الاجتماعية المستهدفة (بيار Bear ، ١٩٩٨) .

وتستمر الجلسة الافتتاحية من ١٥ - ٢٠ دقيقة يتم فيها تقديم المحتوى بحيث يتمشى مع المستويات الإنمائية ومن المهم أن يحدث التعلم التفاعلي والجذاب أو الممتع الذي يتناسب مع مستوى الأطفال في المجموعة ، والهدف هنا هو تقديم محتوى جديد للأطفال ؛ ولذا يبدأ الأطفال في زيادة حصيلتهم من الأفكار والاستجابات ، ويتم استخدام شرائط الفيديو والدمى ، وكذلك استخدام أساليب حل المشكلات ، ولعب الأدوار ، والتعلم التعاوني ، وبعد كل صورة وصفية لبعض الشخصيات والمواقف يقوم المعالج باستخراج الأفكار من الأطفال

ويشركهم في مناقشة حل المشكلات وردود الأفعال ، ومن أجل زيادة التعميم فإن المشاهد التي يتم اختيارها يجب أن تتضمن المواقف الحياتية الحقيقية في المدرسة (على سبيل المثال الملعب وحجرة الدراسة وحجرات الأنشطة) ، وتمثل بعض الصور الوصفية الموجزة الأطفال الذين يسلكون أو يتصرفون بطرق اجتماعية موجبة مثل مساعدة المعلمين ، واللعب بطريقة جيدة مع الرفاق أو استخدام طرق حل المشكلات أو أساليب ضبط الغضب ، كما توجد صور وصفية أخرى تقدم أمثلة لأطفال لديهم صعوبات في مواقف الصراع أو النزاع (ويبستر – ستراتون وريد Webster-Stratton & Reid ، ٢٠٠٣أ) .

وتعرض شرائط الفيديو أمثلة لأطفال من أعمار مختلفة وثقافات متباينة ، وتفاعل هؤلاء الأطفال مع أطفال آخرين ، وبعد مراجعة الصور الوصفية يقوم الأطفال بمناقشة مشاعرهم ويقررون ما إذا كانت الأمثلة تعبر عن اختيارات جيدة أم اختيارات سيئة ، وعلى الرغم من أن بعض الأمثلة السلبية لشرائط الفيديو قد تم عرضها حتى يمكن للأطفال أن يتعلموا كيف يدركون الموقف ، فإن البرنامج يستخدم عدداً من الأمثلة الموجبة بدرجة أكبر من الأمثلة السلبية (النسبة من ٥ : ١) ويتم تدريب الأطفال على كيفية اتخاذ قرار بشأن اي مشكلة من المشكلات التي يشاهدونها في الصور الوصفية الموجزة عن الشخصيات والمواقف (وليرى Wolery ، ٢٠٠٠) .

وفي الجلسة التالية يقوم المعالج بمدح السلوك الاجتماعي الايجابي ، ويقوم الأطفال بعمل نماذج والتدريب على المهارات الاجتماعية المناسبة وذلك عندما يشترك الأطفال في أنشطة لها صلة بمحتوى الجلسة ، فربما يعملون في صورة تعاونية أو يلعبون لعبة تتضمن انتظار الأدوار ، وخلال العشر دقائق أو الخمسة

عشر دقيقة المتبقية في الجلسة يقوم قائد المجموعة بمغادرة الجلسة ليتقابل مع الوالدين ويعطى لهم موجزاً عن محتوى الجلسة والتوصيات بشأن الأنشطة المنزلية التي تعزز من التعلم الجديد للطفل ، وخلال هذا الوقت يقوم معالج آخر بمساعدة الأطفال على عد الرقائق المعدنية التي حصلوا عليها والتي تتحول إلى جوائز ، ويلي ذلك وقت للمدح ومراجعة لأنشطة الواجب المنزلي ، وفي كل أسبوع يقوم الأطفال بعمل أنشطة الواجب المنزلي الخاص ويستكملونه في البيت مع والديهم ، ويطلب من الوالدين أن يوقعوا على أنشطة الواجب المنزلي حتى يعرف المعالج أن الوالدين قد تم أحاطتهما بالمحتوى وأنهما يساعدان الطفل في الواجبات المنزلية (كابلدى وإيدى Capaldi & Eddy ، ٢٠٠٩) .

أنشطة الممارسة :

– استخدام الدمى في عرض نماذج السلوك الملائم :

يستخدم المعالجون دمى على شكل ولد أو بنت وفي حجم الولد أو البنت لكي يقوموا بعمل نماذج للسلوك الملائم أو المناسب من جانب الطفل ، ومن الدميات دمية تعمل كمديرة للمدرسة وتقوم بتعليم الأطفال القواعد المدرسية وأن يبلون بلاءً حسناً ، وهناك دمية ثانية تقوم بسرد الصور الوصفية التي تم عرضها بالفيديو وتطلب من الأطفال عرض مواقف الصراع أو النزاع الشائعة التي واجهوها ، وهناك دمية ثالثة على شكل نعامة تدفن رأسها في الرمل وتواجه صعوبة أو مشكلة في التحدث عن مشكلاتها ، وهناك دمية رابعة على شكل ضفدع لا يستطيع أن يجلس ساكناً أو هادئاً ، وتمثل الدمى جزء لا يتجزأ من نجاح البرنامج لأنها تثير خيال الأطفال ، فالأطفال الصغار يسعدون ويفتتنون بالدمى ويتحدثون عن الموضوعات الحساسة مع الدمية وذلك بطريقة أكثر سهولة

من التحدث مع الكبار ، ومن ثم تصبح الدمى نماذج فعالة جداً للأطفال (ويبستر – ستراتون وريد Webster-Stratton & Reid ، ٢٠٠٣أ) .

– عرض شرائط فيديو تعتمد على النمذجة ولعب الأدوار :

طبقاً لنظريات التعلم الاجتماعي فإنه يمكن تطوير سلوك الأطفال عن طريق مشاهدة النماذج أو التعلم بالنمذجة ، ويجب أن تتضمن المادة المعروضة على شرائط الفيديو أمثلة للمهارات الهامة في حل المشكلات ، والمهارات البينشخصية ، وهذه الطريقة تؤدى إلى تعميم أفضل لمحتوى التدريب على المدى الطويل وعلاوة على ذلك فإنها طريقة شيقة للتعلم بالنسبة للأطفال الذين لديهم توجه ضعيف من الناحية اللفظية ، وكذلك الأطفال الصغار الذين لديهم مدى انتباهي قصير .

وتُعد رؤية المشاهد المسجلة على شرائط الفيديو ، ولعب الأدوار مع الدمية حافزاً للأطفال لكي يتحدثوا ويعرضوا أو يمارسوا الحلول أو الأفكار المختلفة ، ويوفر لعب الأدوار الفرصة لممارسة مهارات وخبرات جديدة ووجهات نظر مختلفة ، على سبيل المثال الموقف الصعب الذي يتضمن إهمال الشخص أو غيظه بسبب لعبة مع الدمية ، وتطلب الدمية من الأطفال أن يعلنوا كيف يكون رد فعلهم على هذا الشعور ، وعندما يقدم الأطفال الاقتراحات يطلب منهم أن يمثلوها مع الدمية ، ثم تقوم الدمية بعرض ما تعلمته من الأطفال لترى ما إذا كانت قد فهمته بطريقة صحيحة أم لا ، وإحدى الأنشطة التي يلعبها الأطفال هي " لعبة القبعة " ، حيث يتم وضع ورق صغير بالمشكلات التي يتم اختيارها داخل هذه القبعة ويتم تمريرها حول دائرة ، وعندما تتوقف الموسيقى فإن الطفل الذي

وقفت أمامه القبعة يختار إحدى المشكلات ويقترح حلاً لها ، ويتم تمثيل هذا الحل أمام الجميع ، فمثلاً ربما يكون الموقف الذي يمثل المشكلة كالتالي : فلنفترض إنك طلبت أن تلعب كرة القدم مع بعض الأطفال ولم يسمحوا لك أن تلعب معهم فماذا تفعل ؟ ، ويتم تمثيل لعب الدور بواسطة طفل ودمية بينما يجلس بقية الأطفال معاً يفكرون في الاستجابات البديلة (ويبستر - ستراتون وريد Webster-Stratton & Reid ، ٢٠٠٣ أ) .

- الكشف عن المشاعر :

بمجرد أن تتم مناقشة قواعد وتوقعات المجموعة ، وبمجرد أن يتم عمل نماذج لهذه القواعد والتوقعات وممارستها وتعزيزها يكون الأطفال مستعدون أن ينتقلوا إلى محتوى آخر من محتويات البرنامج وهو المعرفة بالأمور النفسية ، فالأطفال ذوى المشكلات السلوكية يكون لديهم غالباً صعوبات في اللغة ، ولديهم مفردات محدودة للتعبير عن مشاعرهم ؛ لذا يجدون صعوبة في تنظيم أو ضبط الاستجابات النفسية (ويبستر - ستراتون وريد Webster-Stratton & Reid ، ٢٠٠٣أ) ، وقد يكون لدى هؤلاء الأطفال أيضاً مشاعر وأفكار سلبية عن أنفسهم وعن الآخرين ، ويجدون صعوبة في إدراك أو فهم وجهات النظر أو المشاعر المختلفة عن مشاعرهم ، كما يكون لديهم صعوبات في قراءة مفاتيح أو دلائل الوجه واستخدام للمفاهيم أو الدلائل الاجتماعية (دودج وبريسي Dodge & Price ، ١٩٩٤) ، وهذا البرنامج تم تصميمه لمساعدة هؤلاء الأطفال على أن يتعلموا أن ينظموا انفعالاتهم ويحددوا بدقة ويفهموا مشاعر الآخرين ، والخطوة الأولى في هذه العملية هي مساعدة الأطفال على أن يحددوا مشاعرهم ويعبروا بدقة عن هذه المشاعر للآخرين ، ويقوم المعالجون بتعليم الأطفال ضبط مشاعر

الغضب أو خيبة الأمل وذلك بمساعدتهم على أن :

١- يتحدثوا عن مشاعرهم .

٢- يفكروا بطريقة مختلفة بشأن سبب حدوث حدث ما .

٣- يستجيبوا بطريقة ملائمة مع المواقف التي تسبب الإثارة النفسية أو الانفعالية كالإغاظة أو المضايقة والتجاهل .

٤- يستخدموا الحديث الذاتي واستراتيجيات الاسترخاء لكي يجعلوا أنفسهم مرتاحين وهادئين .

ومن خلال استخدام أشرطة الفيديو التي تصور الأطفال وهم يعرضون الانفعالات أو العواطف المتعددة ، يتعلم الأطفال كيف يناقشون ويفهمون الحالات الشعورية ، ويتم تعلم المشاعر الأساسية كالحزن والغضب والسعادة والرعب أو الخوف ثم المشاعر الأكثر تعقيداً مثل الإحباط وخيبة الأمل والعزلة والإحراج والتسامح ، ويتم مساعدة الأطفال على أن يتعرفوا على مشاعرهم الخاصة عن طريق التأكد من دلالات أجسامهم ووجوههم بالنسبة للعضلات المشدودة والعضلات المسترخية والتجهمات والابتسامات ، وبعد ذلك يتم توجيه وإرشاد الأطفال لاستخدام مهاراتهم للبحث عن الإرشادات أو دلالات التعبيرات الوجهية لشخص آخر ، وسلوكه أو نبرة صوته لكي يتعرفوا على ما قد يشعر به هذا الشخص وأن يفكروا في سبب شعوره بهذه الطريقة ، ويتعلم الأطفال أيضاً الاستراتيجيات الخاصة بتغيير المشاعر السلبية (كالغضب والإحباط والحزن) بحيث تصبح مشاعر أكثر إيجابية ، وتقوم دمية كبيرة بحجم الطفل بتعليم الأطفال بعض السلوكيات التي تتعلق بالهدوء وضبط المشاعر عن طريق أخذ نفس عميق والتفكير في الأفكار والسلوكيات السعيدة ، وتستخدم الألعاب والصور والأنشطة

الايجابية لتوضيح كيفية تغيير المشاعر بمرور الوقت ، وكيف أن هناك أفراد آخرين يمكنهم أن يتفاعلوا بطريقة مختلفة مع نفس الحدث ويشبه المعالج لهم ذلك بالترمومتر الحساس حينما يتم وضعه في الماء الساخن والماء البارد لكي يشاهد الأطفال الزئبق يسير أو يتحرك عند وضعه في الماء الساخن ، بينما يظل هادئ لا يتحرك عند وضعه في الماء البارد ، وهنا يمارس الأطفال التفكير من جميع النواحي ويأخذون وجهة نظر الآخرين في اعتبارهم ويقومون بلعب الأدوار التي تستخدم السيناريوهات التي يلعب فيها الطفل دور المعلم والوالد أو دور طفل آخر لديه مشكلة ، وتستخدم الدمى لعمل نموذج لكيفية التحدث بشأن المشاعر المختلفة .

والأطفال الذين يتسمون بالنشاط الزائد ، والاندفاعية ، ونقص الانتباه ، والعدوانية ، اتضح أن لديهم أوجه عجز معرفية في جوانب رئيسية تتعلق بحل المشكلات الاجتماعية ، ومثل هؤلاء الأطفال يدركون أو يفهمون المواقف الاجتماعية بطريقة عدوانية ويقومون بإيجاد أو توليد عدد أقل من الطرق الاجتماعية الموجبة لحل الصراع البينشخصي ، ويتوقعون عدداً أقل للعواقب أو النتائج نتيجة العدوان (دودج وبريسي Dodge & Price ، ١٩٩٤) كما أن هؤلاء الأطفال يتصرفون بطريقة عدوانية واندفاعية بدون التوقف للتفكير في حلول غير عدوانية أو من وجهة نظر الشخص الآخر ، ويتوقعون أن استجاباتهم العدوانية ستسفر عن نتائج ايجابية ، ويوجد دليل على أن الأطفال الذين يستخدمون الاستراتيجيات المناسبة لحل المشكلات يتصرفون بطريقة أكثر إيجابية ويحظون بحب أفضل من جانب أقرانهم ويكونون متعاونين بدرجة أكبر في البيت والمدرسة ، وبالتالي يقوم المعالجون بتعليم الأطفال أن يعملوا على

إيجاد المزيد من الحلول الاجتماعية الموجبة لحل مشكلاتهم وأن يقوموا بعمل تقييم للحلول التي من المحتمل أن تؤدى إلى نتائج موجبة ، ويتعلم الأطفال طريقة لحل المشكلات تتكون من سبع خطوات هي :

١- ما الذي أشعر به ؟ وما مشكلتي ؟ (تعريف المشكلة والمشاعر) .

٢- ما الحل ؟ .

٣- ما الحلول الأخرى (حلول العصف الذهني) ؟ .

٤- ما النتائج أو العواقب ؟ .

٥- ما أفضل حل ؟ وهل الحل عادل ويؤدى إلى مشاعر طيبة أو جيدة ؟ .

٦- هل أستطيع أن أستخدم خطتي ؟ .

٧- كيف قمت بعمل ذلك (تقييم النتيجة وتعزيز الجهود) ؟ .

ويتم قضاء وقتاً كبيراً في الخطوات رقم ١ ، ٢ ، ٣ لمساعدة الأطفال على زيادة حصيلتهم من الحلول الاجتماعية الموجبة (على سبيل المثال المقايضة أو المبادلة والسؤال والمشاركة وأخذ الأدوار والانتظار والانصراف وأخذ نفس عميق) ويتم تقديم حل أو حلين من الحلول الجديدة في كل جلسة ، ويتم إعطاء الأطفال العديد من الفرص للعب الأدوار وممارسة هذه الحلول مع دمية أو مع طفل آخر ، كما يقوم الأطفال بلعب أدوار لسيناريوهات تتعلق بالمشكلات التي تقدمها الدمى والصور الوصفية المسجلة على شريط الفيديو أو التي يقدمها الأطفال أنفسهم (ويبستر - ستراتون وريد Webster-Stratton & Reid ، ٢٠٠٣أ) .

كما أن العدوان وعدم التحكم في الاندفاع يُعدان من أكثر العقبات التي

يواجهها الأطفال ذوى المشكلات السلوكية فيما يتعلق بالحل الفعال لهذه المشكلات وتكوين الصداقات الناجحة ، وبدون تقديم المساعدة فإن هؤلاء الأطفال من المحتمل بدرجة أكبر أن يجربوا النبذ المستمر من جانب الأقران ويواجهون المشكلات الاجتماعية المستمرة لسنوات بعد ذلك ، ومثل هؤلاء الأطفال لديهم صعوبة في ضبط أو تنظيم وجدانهم السلبي لكي يولدوا حلولاً موجبة لمواقف الصراع ، وعلاوة على ذلك فهناك دليل على أن الأطفال العدوانيين يكونون أكثر احتمالاً في أن يسيئوا تفسير المواقف الغامضة على أنها مواقف عدوانية أو تهديدية وهذا الاتجاه لإدراك النية العدوانية عند الآخرين يتم النظر إليه على أنه مصدر لسلوكهم العدواني (ولكر وآخرون .Walker et al ، ١٩٩٥) .

وترى ويبستر – ستراتون وريد Webster-Stratton &Reid (٢٠٠٣أ) أنه بمجرد أن يتم اكتساب المهارات الأساسية لحل المشكلات يتم تعليم الأطفال استراتيجيات ضبط الغضب ، وهذه الاستراتيجيات تقلل العدوان لدى الأطفال والمراهقين وتحافظ على الاستمرار في فوائد أو مزايا مهارات حل المشكلات ، ومن الواضح أن الأطفال لا يستطيعون حل المشكلات ولا يستطيعون التفكير بهدوء إذا كانوا غاضبين بدرجة شديدة ، وهنا يتم استخدام دمية جديدة تسمى السلحفاة الصغيرة Tiny Turtle لتعليم الأطفال خمس خطوات في إستراتيجية ضبط الغضب هي :

١- التعرف على الغضب .
٢ - التفكير في التوقف .
٣- أخذ نفس عميق .
٤- الدخول إلى المخدع ومحاولة الهدوء .

٥- المحاولة مرة ثانية .

ويقوم الأطفال بعمل العديد من الأشكال أو اللُعب ويدعون أن هذه الأشكال غاضبة ، ويساعدونها على أن تهدأ ، كما يقومون بعمل العديد من الأنشطة المختلفة التي تساعد المعالج على إيجاد العديد من الفرص لكي يساعد الأطفال على ممارسة خطوات ضبط الغضب ، واستخدام حديث الذات ، والتنفس بعمق والتخيل الايجابي لكي يساعدوا أنفسهم على أن يهدأوا ، ويستخدم المعالجون أيضاً تدريبات التخيل الموجبة لمساعدة الأطفال على أن يجربوا مشاعر الاسترخاء والهدوء ، ويتم استخدام شرائط الفيديو التي تصور الأطفال وهم يتعاملون مع الغضب ومع الإغاظة أو المضايقة أو مع نبذهم من جانب الأقران للبدء في لعب الأدوار لممارسة استراتيجيات التهدئة ، ويتم مساعدة الأطفال على أن يحددوا أو يقرروا متى يكون الحدث قد تم عن عمد أو قصد ، وكيف يمكن التصرف حيال كل حدث .

- **تعليم الأطفال كيف يكونوا ودودين :**

ترى ويبستر - ستراتون وليندساى Webster - Stratton & Lindsay (١٩٩٩) أن الأطفال الذين يعانون من المشكلات السلوكية يكون لديهم صعوبة خاصة في إقامة أو الحفاظ على الصداقات أو إقامة علاقات اجتماعية ناجحة ، وأوضحت نتائج البحوث التي أجريت في هذا الصدد أن هؤلاء الأطفال يفتقدون مهارات اللعب الفعال بما في ذلك وجود صعوبة في انتظار الدور ، وصعوبة في تقبل الأقران والتعاون معهم أثناء اللعب ، ولديهم أيضاً مهارات رديئة في المحادثات وصعوبة في الاستجابة أو الرد على مقترحات الآخرين أو عروضهم ومهارات رديئة في التفاعل مع أفراد الجماعة ، ونتيجة لذلك يتم التركيز على

تعليم الأطفال مجموعة من السلوكيات الودودة مثل المشاركة والالتزام بالدور ، والاتفاق مع الآخرين ، وتقديم المجاملات والاعتذار ، وبالإضافة إلى ذلك يتم تعليم الأطفال الردود الاجتماعية الموجبة لمواقف الأقران الشائعة .

- التدريب والإشارات أو الدلائل والتعزيز :

يتم عمل سلسلة من الأنشطة لممارسة المهارات المستهدفة في كل جلسة ، فعلى سبيل المثال فالجلسة التي موضوعها الصداقة يجب أن تتناول فكرة المشاركة من خلال عمل فني مثلاً يشترك فيه الأطفال ، ويجب على الأطفال أن يفكروا في كيفية المشاركة ، والجلسة التي موضوعها التعاون يطلب فيها من الأطفال أن يصمموا شكلاً يتضمن أفكار كل فرد في المجموعة ، وفي الجلسة الخاصة بحل المشكلات يتم تقديم مشكلة للأطفال ويطلب منهم أن يفكروا في أكبر قدر من الحلول التي يستطيعون التوصل إليها ، وربما يتم تقديم المشكلات على كارت أو بطاقة ملونة ، والأطفال الذين يستطيعون القراءة والكتابة يمكنهم أن يقرأوا المشكلة ويكتبون الحلول ، والأطفال الذين لا يستطيعون القراءة يقوم المعالجون بمساعدتهم أو يرسمون صورة لحلولهم .

وأثناء النشاط يتم عادة تقسيم الأطفال إلى مجموعتين تتكون كل مجموعة من عدد صغير من الأطفال ، وبالنسبة لبعض الأنشطة يتم تقسيم الأطفال طبقاً للمستوى العمري ، فالأطفال الأكبر سناً يقومون بعمل جزء أصعب من نفس النشاط مقارنة بالجزء الذي يقوم به الأطفال الأصغر سناً ، وفي أوقات أخرى ، ربما يتم خلط المستويات الإنمائية حتى يمكن للأطفال الأكبر سناً أن يساعدوا الأطفال الأصغر سناً ، ويجلس المعالج مع كل مجموعة من الأطفال ويقوم بالتدريب والتعليق على السلوك الاجتماعي الايجابي ، ويتم تعليم هذا السلوك

أثناء ممارسة هذه الأنشطة ، ومعظم أنشطة الممارسة التي يتم وصفها في هـذا البرنامج تساعد على وزيادة المفردات اللغوية ، كما تساعد على زيادة أو تحسين الكفاءة الأكاديمية والاجتماعية .

وتتناول كروت أو بطاقات الإشارات المفاهيم الرئيسـية بالإضـافة إلـى الكلمات التي تصف المفهوم ، كما تعتبر إشارات غير لفظيـة مفيـدة لتـذكير الأطفال بمهارات معينة ، فعلى سبيل المثال قد يشير المعالج إلى صورة وصفية لكي تذكر طفلاً بالسلوك المرغوب فيه في المجموعة ، أو صورة وصفية لطفل بدأ يغضب ، وفي هذه الحالة يتوقف أو يستخدم إشارة ترمومتر الغضب كدلالـة أو مفتاح لاستخدام نشاط تهدئة النفس ، وعندما يتجـاوب الأطفـال مـع هـذه الإشارات البصرية فإن المعالج يعزز هذا السلوك ، وهذه الجلسات توفر الفرصة لزيادة وتحسين كفاءة سلوكيات التعلم الفعالة مثل مهارات الاتصـالات اللفظيـة وغير اللفظية التي تتضمن التعاون والاستماع والاهتمام والإفصاح وإلقاء الأسئلة ، وتلك مهارات أساسية وهامة للتعلم وتحقيق النجاح في الفصل الدراسي .

– التعلم واللعب الخيالي :

يوفر اللعب الخيالي Fantasy Play الفرصة للأطفال لنمو وتطور الألفـة والعمل على حل القضايا النفسية وذلك لأن المستوى العـالي للعـب الـدرامي الاجتماعي Socio - Dramatic Play في سنوات ما بعد دخول المدرسة يـرتبط بتفاعلات لفظية متبادلة ومستويات عالية للأدوار الوجدانية ، وبالنسبة للأطفـال في سن ما قبل دخول المدرسة يعتبر اللعب الدرامي الاجتماعي سياقاً هاماً تنمو فيه مهارات المشاركة الاجتماعية ، والأخذ بوجهات نظر الآخرين ، والتعـاون الاجتماعي ، والألفة ، وهذه المهارات الهامة يمكن تقويتها بسهولة مـن خـلال

استخدام الدمى البشرية التي في حجم الطفل .

- زيادة المهارات ورفع مستوى التعميم :

نظراً لأن الأطفال يتعلمون هذه المهارات في مواقع بعيدة عن الفصل الدراسي والمنزل ؛ لذا يجب على المعالجين أن يعملوا على رفع مستوى تعميم هذه المهارات في البيت والمدرسة ، وينبغي على المعالجين أن يبحثوا عن الفرص لمدح وتوجيه السلوك الاجتماعي الايجابي ، ويتم إرسال خطابات للوالدين والمعلمين يتم فيها شرح محتوى كل مكون علاجي على سبيل المثال التعبير عن المشاعر ، والمشاركة ، وحل المشكلات ، والطرق المقترحة التي من شأنها أن تعزز هذه السلوكيات في البيت وفي المدرسة ، وخلال البرنامج يتم الاتصال تليفونياً بالوالدين وبالمعلمين لإحاطتهم علماً بنجاحات الأطفال ، وأي السلوكيات يجب تجاهلها وأي السلوكيات يجب تعزيزها ، وينبغي على الوالدين والمعلمين أن يقدموا المدح والتعزيز والتشجيع حينما يرون أن الأطفال يستخدمون السلوكيات الاجتماعية الموجبة في أماكن تحدث فيها هذه السلوكيات بطريقة طبيعية ، وتعزز الواجبات المنزلية التي يكملها الأطفال مع الوالدين كل أسبوع هذه المفاهيم ، كما تساعد الوالدين على أن يتعلموا نفس المصطلحات التي يستخدمها أطفالهم حتى يكون هناك تطابق أو اتساق متبادل في الاستجابات أو الردود بين المعالجين والوالدين .

العلاج الجماعي وإدارة المجموعة :

يعتمد تنفيذ البرنامج العلاجي على مجموعة متنوعة من العمليات ، والعنصر الهام والنهائي للعلاج الجماعي الناجح المستخدم مع الأطفال ذوى المشكلات السلوكية (اضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدي) هو

استخدام استراتيجيات العلاج الجماعي المستمدة من البحوث على سبيل المثال : الحوافز ، والتايم أوت أو الإبعاد المؤقت ، ويجب على المعالجين أن يعالجوا السلوكيات العدوانية التي تدل على المعارضة وذلك بطريقة جيدة ، ولقد أوضحت البحوث أنه عندما يتم وضع الأطفال ذوى المشكلات السلوكية في مجموعات فربما يعززون أو يشجعون السلوكيات المعادية للمجتمع بين بعضهم البعض ويصبحون في الحقيقة أسوأ بدلاً من أن يتحسنوا وذلك إذا لم يتم علاج سلوكياتهم السلبية بطريقة جيدة (ديشيون وآخرون Dishion et al. ، ١٩٩٩) .

والمجموعة التي تتم إدارتها جيداً مع وجود قواعد وحدود متسقة تقدم لهؤلاء الأطفال الفرصة ليكونوا ناجحين في بيئة التعلم مع أقرانهم ، وبعد فترة اختبار أولية أو مبدئية فإن معظم الأطفال الذين لديهم مشكلات سلوكية والذين يشتركون في هذه المجموعات يستمتعون بالمجئ إلى المجموعة وإتباع القواعد بطريقة ملائمة ويكونون بعض الصداقات الإيجابية الأولى في حياتهم ، ويعمل قادة المجموعة معاً ويتشاورون مع الوالدين ومعلمي الفصل المدرسي ، وذلك لكي يطورون خطط لسلوك كل طفل في المجموعة ، وبالتالي فعلى الرغم من أن جميع الأطفال يتوقع منهم أن يتبعوا القواعد الأساسية للمجموعة فإن أحد الأطفال ربما يكون له برنامج خاص يتم تصميمه لتقليل الحديث الوقح ، وهناك طفل آخر قد يفكر جيداً قبل الاندفاع في الرد أو الإجابة ، وهناك طفل ثالث يركز على الاستماع بعناية واهتمام لتعليمات الكبار ، وبهذه الطريقة يمكن علاج الجوانب الخاصة لكل طفل في سياق جماعي (بارتون Barton ، ٢٠٠٣) .

تقييم البرنامج :

أثبت هذا البرنامج فاعلية قصيرة الأمد ، وفاعلية طويلة الأمد مع الأطفال الصغار المحولين إلى العيادات النفسية ممن تتراوح أعمارهم الزمنية بين ٤ – ٨ سنوات الذين لديهم مشكلات سلوكية وذلك كما أوضحت نتائج الدراسات التي أجريت في هذا الصدد (ويبستر – ستراتون وهاموند Webster-Stratton & Hammond ، ١٩٩٧ ؛ ويبستر – ستراتون وآخرون Webster-Stratton et al. ، ٢٠٠١ ؛ ويبستر – ستراتون وريد Webster-Stratton & Reid ، ٢٠٠٣أ) .

وتضمنت دراسة ويبستر – ستراتون وهاموند Webster-Stratton & Hammond (١٩٩٧) مجموعة كلية قوامها ٩٧ طفلاً من بين الأطفال المحولين إلى العيادات للعلاج الذين تتراوح أعمارهم الزمنية بين ٤ – ٧ سنوات والذين تم اختيارهم بطريقة عشوائية ، وتم توزيع أفراد هذه المجموعة الكلية على أربع مجموعات بياناتها كالآتي :

- المجموعة الأولى : مجموعة تدريب الطفل فقط .
- المجموعة الثانية : مجموعة تدريب الوالدين فقط .
- المجموعة الثالثة : مجموعة تدريب الطفل والوالدين معاً أو المجموعة المركبة .
- المجموعة الرابعة : مجموعة ضابطة على قائمة الانتظار .

واستمر التدخل العلاجي للأطفال لمدة ١٨ أسبوع بواقع ساعتين أسبوعياً ، واشتمل برنامج تدريب الوالدين على ٢٢ جلسة بواقع جلسة أسبوعياً ، وتم تقييم

أو تقدير الأسر بعد شهرين من التدخل العلاجي مباشرة (القياس البعدي) ، وبعد سنة إلى سنتين من العلاج (القياس التتبعي) ، وتضمنت التقديرات تقارير الوالدين والمعلمين للمشكلات السلوكية وذلك على مقاييس مقننة ، ومن خلال ملاحظة التفاعلات بين الوالدين والطفل في البيت وذلك بواسطة ملاحظين لا يعرفون المجموعة العلاجية التي اشتركت فيها تلك الأسر ، وأيضاً من خلال اختبار الطفل في طرق حل المشكلات ، والملاحظات المباشرة للأطفال وهم يلعبون مع صديق لهم ، وأظهرت النتائج في مرحلة ما بعد العلاج أن التدريب المزدوج الذي يتضمن تدريب الوالدين ، وتدريب الطفل كان أكثر فاعلية من تدريب الوالدين وحده ، وأن المجموعات العلاجية الثلاث كانت أفضل من المجموعة الضابطة ، وأسفر برنامج تدريب الطفل عن وجود تحسن دال في التفاعلات الملحوظة مع الرفاق بالإضافة إلى عدد من الحلول الموجبة المختلفة لحل المشكلات الاجتماعية كما أن أفراد هذه المجموعات الثلاث كانوا أكثر إيجابية وأقل سلبية وذلك بدرجة دالة في تفاعلاتهم الاجتماعية مع الأقران عن الأطفال الذين تلقى والديهم تدريب الوالدين فقط ، أو عن المجموعة الضابطة ، والمجموعة التي تضمنت تدريب الوالدين أظهرت بدرجة دالة المزيد من السلوكيات الوالدية الموجبة بما في ذلك المدح والوجدان الايجابي والتعاون ، وبعد مرور عام تم الاستمرار في التغيرات الدالة التي تمت ملاحظتها بعد العلاج وذكرت المجموعات العلاجية الثلاث عدداً أقل للمشكلات السلوكية للطفل وذلك بدرجة دالة ، وعدداً أقل للسلوكيات السلبية المستهدفة ، والمزيد من السلوكيات الموجبة ، ومهارات أفضل لدى الطفل فيما يتعلق بحل المشكلات وذلك بالمقارنة بالخط القاعدي أو خط الأساس ، وبالإضافة إلى ذلك قدر الملاحظون كل

الأطفال الذين اشتركوا في التدخل العلاجي على أنهم يظهـرون بدرجـة دالـة انحراف سلوكي بدرجة أقل في البيت وذلك بالمقارنة بمرحلة ما قبل العلاج مما يوضح أن الأطفال استمروا في إظهار التحسن في العام التالي للعلاج ، وعلاوة على ذلك فالأطفال الذين اشتركوا فـي مجموعـة عـلاج تـدريب الوالـدين ، ومجموعة علاج تدريب الوالدين والطفل معـاً أظهـروا قـدرة علـى إيجـاد الاستراتيجيات الايجابية لحل المشكلات رداً على أو استجابة للمواقف الصراعية الافتراضية .

وخلصت الدراسة إلى أن الخبرات والتجارب الاجتماعية والدراسية الرديئة في المدرسة تساهم في الحدوث المستمر للمشكلات السلوكية ، فـالمعلمين ذوى المهارات الرديئة في إدارة الفصل كانت فصولهم بها معدلات مرتفعة في العدوان والنبذ ، وهذا بدوره يؤثر في الحدوث المستمر للمشكلات السلوكية للأطفـال ، وفي ضوء هذه النتائج فإن تقييم التدخلات العلاجية للطفـل يجـب أن يتضـمن مكون تدريب المعلم الذي يستهدف عوامل المخاطرة النوعية في الفصل الدراسي (مهارات إدارة الفصل ، وخطط السلوك والتعاون مع الوالدين أو أهل الأطفال) وهذا التدريب للمعلم يتم تقديمه بالاشتراك مع تدريب المهارات الاجتماعية للطفل في مجموعات صغيرة من أجل علاج الأطفال الصغار الذين لديهم اضـطراب العناد والتحدي .

وتـرى ويبسـتر – سـتراتون وريـد .Webster - Stratton & Reid (٢٠٠٣أ) أن برنامج علاج المجموعات الصغيرة والمخصص لتدريب الطفـل والمعلم تم تقييمه في دراسة شملت ١٥٩ أسرة تم تحويلها للعيادات وهذه الأسـر

بها أطفال تتراوح أعمارهم من ٤ – ٨ سنوات تم تشخيصهم بما يفيد وجود حدوث مبكر لاضطراب العناد والتحدي أو اضطراب المسلك ، واتبعت في هذه الدراسة نفس الإجراءات التجريبية التي تم إتباعها في الدراسة السابقة ، وتم تخصيص ٨٥% من الأسر للاشتراك في برنامج تدريب الطفل فقط ، ومجموعة أخرى لتدريب الطفل وتدريب المعلم ، ومجموعة ضابطة على قائمة الانتظار ، وبرنامج تدريب الطفل الذي استغرق ١٨ أسبوعاً كان مطابقاً للبرنامج الذي تم وصفه في الدراسة السابقة ، أما مكون تدريب المعلم تضمن أربع ورش عمل استغرقت أربعة أيام كاملة من كل شهر ولمدة ثمان شهور ، والأسر التي في المجموعة الضابطة التي على قائمة الانتظار انتظرت من ٨ – ٩ شهور وبعد ذلك تم تقديم العلاج لها ، وعقب التدخل العلاجي الذي استغرق ستة أشهر كانت مجموعة تدريب الطفل ، ومجموعة تدريب الطفل وتدريب المعلم أقل سلبية مع الأقران في البيت والمعلمين في المدرسة بدرجة دالة وذلك طبقاً لتقارير الوالدين والمعلمين ، وكذلك طبقاً للملاحظات المستقلة في البيت وفي حجرة الدراسة في المدرسة ، والأطفال في مجموعة تدريب الطفل ، ومجموعة تدريب الطفل بالإضافة إلى تدريب المعلم أظهروا المزيد من المهارات الاجتماعية الموجبة مع الأقران وذلك بدرجة أكبر من الأطفال في المجموعة الضابطة ، وفي تحليل إضافي تم دمج عينة الأطفال في الدراستين السابقتين لمعرفة مدى تأثير عوامل المخاطرة على نتائج برامج التدريب وأوضحت النتائج أن عوامل المخاطرة البيولوجية التي تتضمن عدم الانتباه ، والاندفاعية ، والنشاط الزائد ، وعوامل المخاطرة الوالدية التي تتضمن التأديب العنيف من الناحية الجسمية ، وعوامل مخاطرة الانعصاب الأسرى التي تتضمن النزاع بين الزوجين ، والطبقة الاجتماعية والاكتئاب والغضب أثرت على نتيجة مجموعة

تدريب الأطفال ، وعامل المخاطرة الوحيد الذي ارتبط بالفشل في تحسن المشكلات الخاصة بسلوك الطفل بعد العلاج الخاص بتدريب الطفل تمثل في الأسلوب الوالدي السلبي أي العبارات النقدية وتقارير العنف الجسدي ، وهكذا يتضح أن التدخل العلاجي الذي يتضمن تدريب الطفل كان أفضل من التدخل الذي يتضمن تدريب الوالدين وذلك فيما يتعلق بمهارات الطفل في أسلوب حل المشكلات الاجتماعية وضبط الصراع أو النزاع مع الأقران ، وأن الدمج بين تدريب الوالدين وتدريب الطفل أسفر عن المزيد من التحسن الدال عبر سلسلة واسعة من متغيرات النتيجة ، وأن تدريب المعلم يضيف أشياء ذات دلالة لتدريب الطفل وذلك فيما يتعلق بالانخفاض في السلوك العدواني وخاصة العدوان البدني الذي تتم ملاحظته في الفصل الدراسي ، كما أن النتائج المرتبطة بالتدخل العلاجي الذي تضمن تدريب الطفل تعتبر هامة على نحو خاص لأنها توضح أن برنامج تدريب الطفل قد زاد من نتائج التدريب الوالدي ، وأدى إلى وجود تحسن مستمر في المشكلات السلوكية وطرق حل المشكلات الاجتماعية ، وتوضح البيانات أن مهارات حل المشكلات الاجتماعية التي تم تعلمها في البرنامج والتي أظهرها الأطفال عندما تم اختبارهم قد تم استخدامها عندما واجه الأطفال الصراع الفعلي في الحياة مع صديق ، وبالإضافة إلى ذلك فإن التحسن في المهارات الاجتماعية للطفل والمشكلات السلوكية في البيت تم ملاحظته بواسطة الآباء والأمهات مما يوحى بأن المهارات التي تم تعلمها في العيادة تم تعميمها في البيت ، وتم الاستمرار فيها بمرور الوقت ، وتعتبر هذه النتائج على درجة كبيرة من الأهمية على ضوء المراجعات الأولية لمجموعة المؤلفات الخاصة بالتدريب على المهارات الاجتماعية التي اقترحت وجود تأييد عملي ضئيل على كفاءة مثل هذا التدريب بخصوص الفوائد المستديمة عبر المواقف ومع مرور

الوقت ، والنتائج الخاصة بالتدخلات العلاجية الخاصة بتدريب الأطفال وتدريب المعلمين تعتبر على قدر كبير من الأهمية لأن تدريب الأطفال وتدريب المعلمين هو الطريق الممكن الوحيد للعمل مع الطفل .

وأخيراً فإن النموذج الأكثر فاعلية أو كفاءة في العلاج هو تدريب الأطفال في المدارس بالاشتراك مع برامج تدريب المعلمين بدلاً من إرغام الأطفال على أن يتجمعوا في مراكز الصحة النفسية ، وبهذه الطريقة يمكننا أن نستفيد من الأحداث التي تحدث بطريقة طبيعية تجعل المعلمين يقومون بتعزيز سلوكيات معينة ، ورغم ذلك فإن أفضل طريقة لاستخدام تدريب الأطفال هي أنه ليس كعلاج قائم بذاته فقط بل بالأحرى استخدامه كجزء من تدخل علاجي يتضمن الوالدين والمعلمين معاً .

وتوحي هذه النتائج أن البرنامج يحظى باهتمام كبير من جانب المعلمين والوالدين وكذلك الأطفال ، والعديد من التقارير الحديثة تؤكد أهمية هذا البرنامج في خفض المشكلات السلوكية ، وتلقى الضوء على الحاجة إلى استخدام ممارسات تساعد على أو تقوى الكفاءة الاجتماعية والنفسية للأطفال الصغار وتمنع أو تقلل حدوث سلوك العناد والتحدي في مرحلة الطفولة المبكرة .

الفصل العاشر

الارتباط التنموي بين اضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدي واضطراب الشخصية المعادية للمجتمع

مقدمة :

يتصرف الأطفال والمراهقين في بعض الأحيان بطرق سلبية وعنيدة تتسم بالتمرد والعصيان والعدوانية وذلك تجاه أولى الأمر أو من في السلطة ، وإذا كان هذا السلوك حاداً بما يكفي للتدخل في الأداء الوظيفي للطفل وعلاقاته مع الآخرين فربما يتم تشخيص الطفل بأنه يعاني من اضطراب العناد والتحدي Oppositional Defiant Disorder (ODD) ، بينما يتسم اضطراب المسلك Conduct Disorder (CD) بنمط من السلوك ينتهك الحقوق الأساسية للآخرين أو المعايير الملائمة للعمر وقواعد المجتمع ، ويمثل هذا الاضطراب تحدياً كبيراً أمام الوالدين ، والمعلمين ، والعاملين في مجال الصحة النفسية ، ونظراً لأن هناك اضطرابات أخرى تحدث غالباً في نفس الوقت الذي يحدث فيه اضطراب المسلك ، وذلك يعني وجود الاضطرابات التي تدل على حالة مرضية مشتركة مثل اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) ، وسوء استخدام المادة ، والاكتئاب ، ويوجد تداخل كبير بين الأعراض المرضية لاضطراب المسلك ، وأعراض اضطراب العناد والتحدي ، ويرى لاهي ووالدمان Lahey & Waldman (٢٠٠٣) أن هناك خلافاً أيضاً حول ما إذا كان اضطراب العناد والتحدي هو اضطراب منفصل عن اضطراب المسلك ، وهل هو نسخة أولية اقل اعتدالاً أم انعكاسا لنفس الأعراض وأوجه العجز الرئيسية لاضطراب المسلك .

وتظهر أعراض اضطراب العناد والتحدي عادة قبل ظهور أعراض

اضطراب المسلك بحوالي سنتين إلى ثلاث سنوات أي في سن السادسة من العمر مقابل التاسعة من العمر بالنسبة لاضطراب المسلك ؛ وحيث إن أعراض اضطراب العناد والتحدي تظهر أولاً فمن الممكن أن تكون مؤشرات أولية لاضطراب المسلك بالنسبة لبعض الأطفال ، ومع ذلك فإن معظم الأطفال الذين يظهرون أعراض اضطراب العناد والتحدي لا يتقدم بهم الحال إلى حدوث المزيد من أعراض اضطراب المسلك ، فعلى الأقل هناك نسبة تصل إلى ٥٠% من الأفراد يستمر تشخيصهم بما يفيد وجود اضطراب العناد والتحدي بدون تقدم أو تطور لحدوث اضطراب آخر وهناك نسبة تصل إلى ٢٥% من الأفراد يكفون تماماً عن إظهار أو عرض المشكلات المتعلقة باضطراب العناد والتحدي (بيل Bell ، ٢٠٠٦) ، ويعد اضطراب العناد والتحدي بالنسبة لمعظم الأطفال تغير إنمائي وليس بالضرورة أن يكون مؤشراً يشير إلى تصعيد أكثر شدة وخطورة لاضطراب المسلك (ماش وولف Mash & Wolfe ، ٢٠٠٧) ، وعلى النقيض من ذلك هناك حالات من اضطراب المسلك يسبقها في الغالب اضطراب العناد والتحدي ، وجميع الأطفال تقريباً الذين لديهم اضطراب المسلك يستمرون في إظهار أعراض اضطراب العناد والتحدي (برينكمير Brinkmeyer ، ٢٠٠٦) .

وتتوافر بيانات تؤكد أن اضطراب العناد والتحدي يتطور ليصبح اضطراب المسلك في بعض الحالات على الرغم من أن ذلك يعد مثار جدل ، فالأطفال الذين لديهم سلوك انحرافي حاد في عمر معين هم الأطفال الذين يكونون أكثر احتمالاً أن يعرضوا أو يظهروا مثل هذا السلوك في مرحلة لاحقة من حياتهم ، ومما يجب الإشارة إليه أن اضطراب المسلك يمكن أن يستمر في حوالي ٥٠% من الحالات (بارتون Barton ، ٢٠٠٣) .

المعايير التشخيصية :

يُعد اضطراب المسلك Conduct Disorder (CD) ، واضطراب العناد والتحدي Oppositional Defiant Disorder (ODD) من الأسباب الشائعة لتحويل الأطفال والمراهقين إلى العيادات الخارجية للصحة النفسية ومراكز العلاج الملحق بها أماكن للرعاية (فريك وسيلفرثورن Frick & Silverthorn ، ٢٠٠٢) ، والشباب الذي تم تشخيصه بما يفيد وجود اضطراب العناد والتحدي يظهرون نمطاً لسلوك فوضوي يتسم بالغضب وسرعة الهياج والولع بالجدل وتحدي الأشخاص الذين يمثلون السلطة ، ويدوم ذلك لمدة ٦ شهور على الأقل ، وينص الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية (DSM-IV-TR) على أنه لا يجب تشخيص اضطراب العناد والتحدي إذا انطبقت على الأفراد المعايير التشخيصية لاضطراب المسلك أو اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع Antisocial Personality Disorder (APD) إذا كان الفرد يبلغ من العمر أكثر من ١٨ سنة ، ويتم تشخيص اضطراب المسلك عندما يظهر الشباب ثلاثة أنواع على الأقل للسلوكيات المعادية للمجتمع خلال الإثنى عشر شهراً الماضية مع وجود سلوك واحد على الأقل في خلال الست شهور الماضية ، وأنواع السلوك المتضمنة في التشخيص هي السلوك العدواني الذي يهدد بالأذى أو الضرر البدني للناس أو الحيوانات ، والسلوك غير العدواني الذي يسبب ضياع أو تدمير الممتلكات والخداع أو السرقة ، والانتهاكات الخطيرة للقواعد ، كما أن السلوكيات الانحرافية والإجرامية تمثل أيضاً أشكالاً للسلوكيات المعادية للمجتمع التي يتم فيها انتهاك حقوق الآخرين أو المعايير الملائمة للعمر (الجمعية الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric Association ، ٢٠٠٠) .

وفي حالة ارتباط السلوك المعادى للمجتمع باضطراب المسلك فإنه يستمر حتى مرحلة الرشد ، ويتم اعتبار الشخص لديه اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع ، ويتم تشخيص اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع عندما يكون الفرد عمره ١٨ سنة أو أكبر من ذلك ، وعندما يظهر نمط لسلوك يتسم بالسلوك الإجرامي المتكرر ، والاستهتار أو التهور ، والاندفاع وعدم تحمل المسئولية ، والخداع ، ونقص تأنيب الضمير ، ويتطلب الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية أن يكون الشخص قد تم تشخيصه بما يفيد وجود اضطراب المسلك قبل بلوغه سن ١٥ سنة لإعطائه تشخيص اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع ، وإلا فإنه يتم إعطاء تشخيص بسلوك معادى للمجتمع في مرحلة الرشد ، ومع ذلك فإن تاريخ مشكلات المسلك في مرحلة الطفولة يبدو أنه هو القاعدة وليس بالأحرى الاستثناء بالنسبة لهؤلاء الأفراد الذين لديهم سمات الشخصية المعادية للمجتمع في مرحلة الرشد (الجمعية الأمريكية للطب النفسي Psychiatric Association American ، ٢٠٠٠) .

معدلات الانتشار :

تختلف تقديرات انتشار اضطراب العناد والتحدي طبقاً للمكان والعينة السكانية التي تمت دراستها ، فعلى الرغم من أن انتشار تشخيصات مشكلات المسلك قد تم تقديرها على أنها تتراوح فيما بين ٢% - ١٦% في مواقع المجتمع ، فمن المقدر أنها تكون أكبر من ذلك بكثير في المواقع الكلينيكية ، وتتنوع تقديرات الانتشار أيضاً وفقاً للعمر الزمني والنوع أو الجنس فعلى سبيل المثال هناك سيطرة ذكورية لاضطرابات السلوك الفوضوي في سن دخول المدرسة رغم المعدلات المتساوية تقريباً قبل سن ٥ سنوات ، وفي مرحلة المراهقة يظهر كلا البنين والبنات زيادة كبيرة في معدلات اضطراب

العناد والتحدي واضطراب المسلك ، وبالمثل يوضح منحنى عمر الجريمة أن مستويات الجريمة تصل إلى قمتها في مرحلة المراهقة المتأخرة وتنخفض بعد ذلك (بويلان وآخرون .Boylan et al ، ٢٠٠٧) .

وعندما تستمر المشكلات السلوكية والانحراف في مرحلة الرشد يكون الأفراد في خطورة متزايدة من جراء حدوث اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع (كيم – كوهن وآخرون .Kim-Cohen et al ، ٢٠٠٣) ، وباستخدام البيانات المستمدة من الدراسة القومية للحالات المرضية المشتركة وجد كيسيلر وآخرون .Kessler et al (١٩٩٤) أن الانتشار مدى الحياة لاضطراب الشخصية المعادية للمجتمع كان بنسبة ٥.٨% بالنسبة للرجال ، ١.٢% بالنسبة للنساء ، ومع ذلك فلأسباب واضحة تعتبر معدلات الانتشار أعلى بطريقة ملحوظة في العينات السكانية للمساجين إذ أنها تتراوح من ٣٣.٣% إلى ٦٣% عند الرجال ، ومن ١١.٩% إلى ٦٠% عند النساء اعتماداً على نوع السجن الذي استمدت منه العينة ، ومثل اضطراب العناد والتحدي واضطراب المسلك في مرحلة الطفولة فإن انتشار اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع يكون أعلى بدرجة ملحوظة عند الرجال عما هو الحال لدى النساء إذ يتراوح من ٦% – ١% ، ومن ٨% – ١% ، واضطراب الشخصية المعادية للمجتمع يكون سائداً بدرجة أكبر أيضاً عند صغار الراشدين عما هو الحال لدى الراشدين الأكبر سناً .

وأحد المعالم الهامة لعلم الأوبئة لاضطراب العناد والتحدي واضطراب المسلك في مرحلة الطفولة واضطراب الشخصية المعادية للمجتمع في مرحلة الرشد هو أن هناك حالة مرضية مشتركة وأساسية مع الاضطرابات العقلية الأخرى ، فعلى سبيل المثال فإن ما يقرب من ٩٠% من الشباب الذين تم تحويلهم إلى العيادات نظراً لوجود مشكلات سلوكية حادة لديهم كان لديهم

حالة مرضية مشتركة تمثلت في اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد (ADHD) ، وهذا المعدل يبلغ ٣٦% في عينات المجتمع ، وارتبط أيضاً اضطراب العناد والتحدي واضطراب المسلك بمشكلات داخلية مثل القلق والاكتئاب ، فثلث أطفال المجتمع وثلاثة أرباع الأطفال المحولين للعيادات (النسبة من ٦٠% : ٧٥%) الذين لديهم اضطراب المسلك كان لديهم حالة مرضية مشتركة تمثلت في اضطراب الاكتئاب (النسبة من ١٥% : ٣١%) أو اضطراب القلق (النسبة من ٢٢% : ٣٣%) وهذا الارتباط بين مشكلات المسلك والمشكلات الداخلية قد تم إسناده بشكل أساسي لاضطراب العناد والتحدي بعد التحكم في اضطراب المسلك (كيمونس وفريك Kimonis & Frick ، ٢٠١٠) .

ونمو أو تطور المشكلات الداخلية ولاسيما الاكتئاب عند الشباب الذي لديه مشكلات المسلك تم إسناده أو إرجاعه إلى صراعات بينشخصية (على سبيل المثال مع الوالدين والأقران والمعلمين والشرطة) أو المنغصات الأخرى (على سبيل المثال الخلل الوظيفي الأسرى والفشل في المدرسة) التي يمرون بها كنتيجة لسلوكهم المسبب للمشكلات (كيم - كوهن وآخرون Kim-Cohen et al. ، ٢٠٠٣) .

والتداخل الكبير مع الأنواع الأخرى للمشكلات يخفي غالباً الإسهام الذي لا نظير له لاضطراب العناد والتحدي واضطراب المسلك للنتائج المسببة للمشكلات ، وتقترح بعض البحوث أن الحدوث المشترك لاضطراب العناد والتحدي واضطراب المسلك واضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد يتنبأ بانحراف أكثر حدة واستمراراً في نمو لاحق لكل اضطراب بمفرده (واسكبوش Waschbusch ، ٢٠٠٢) ، وتقترح البحوث الحديثة أن هذا يرجع إلى وجود مستويات متزايدة لمشكلات المسلك عند

الشباب الذي لديه هذا النمط من الحالة المرضية المشتركة ، وأيضاً، على الرغم من أن المشكلات المتعلقة بالمهارات الاجتماعية والنبذ من جانب الأقران قد ارتبطتا باستمرار اضطراب المسلك فإن بعض البحوث تقترح أن هذا الارتباط يرجع أساساً إلى وجود الأعراض المرضية لاضطراب العناد والتحدي أو اضطراب المسلك واضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد كحالة مرضية مشتركة (ميللر – جونسون وآخرون Miller-Johnson et al. ، ٢٠٠٢) ، وعلى نفس المنوال فإن الارتباط بين اضطراب العناد والتحدي واضطراب المسلك والمشكلات الدراسية أو الأكاديمية قد تم إسناده إلى اضطراب نقص الانتباه الذي يحدث في نفس الوقت (فرانكل وفينبرج Frankel & Feinberg ، ٢٠٠٢) .

وحاول لوبير وآخرون Loeber et al. (٢٠٠٠) أن يميزوا نتائج المشكلات المختلفة التي تحدث لدى الشباب مع نتيجة لحدوث اضطراب المسلك في مرحلة الطفولة وذلك لدى عينة من الأولاد الذين تمت إحالتهم إلى العيادات ، ووجدوا أن اضطراب العناد والتحدي تم التنبؤ به بطريقة واضحة عن طريق اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد مع غلبة النشاط الزائد والاندفاعية الذي يكون مبكراً في نموه أو يحدث في وقت مبكر جداً من النمو ، وأيضاً تنبأ اضطراب العناد والتحدي فقط بحدوث اضطراب المسلك فيما بعد بالإضافة إلى القلق والاكتئاب في المستقبل .

وتشابهاً مع الاضطرابات الفوضوية Disruptive Disorders التي تحدث في مرحلة الطفولة فإن اضطرابات الشخصية المعادية للمجتمع عند الكبار تحدث غالباً في نفس وقت حدوث الاضطرابات المتعلقة بسوء استخدام المادة ، فعلى سبيل المثال توضح النتائج المستمدة من المسح القومي للحالات المرضية المشتركة أن ٨٠% من الأفراد الذين لديهم اضطراب الشخصية

المعادية للمجتمع ذكروا وجود إدمان للمادة في حياتهم (جودوين وهاميلتون Goodwin & Hamilton ، ٢٠٠٣) ، وأن اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع حالة مرضية مشتركة أساسية مع اضطرابات الحالة المزاجية والقلق بالإضافة إلى اضطرابات أخرى تتعلق بالشخصية (جرانت وآخرون Grant et al. ، ٢٠٠٥) .

وباستخدام عينة ممثلة كبيرة من الناحية القومية وجد جولدشتين وآخرون Goldstein et al. (٢٠٠٦) أن الأفراد الذين لديهم اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع واضطراب المسلك الذي يحدث في مرحلة الطفولة كان لديهم حالة مرضية مشتركة بدرجة دالة على مدى حياتهم بالنسبة لاضطرابات الاعتماد على المخدرات واضطراب القلق (اضطراب القلق العام ، والخوف الاجتماعي) ، واضطرابات الشخصية البارانوية Paranoid Personality Disorder ، واضطراب الشخصية الشيزويدية Schizoid Personality Disorder ، واضطراب الشخصية التجنبية Avoidant Personality Disorder وذلك بدرجة أكبر مما في حالة الأفراد الذين لديهم اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع واضطراب المسلك الذي يبدأ حدوثه في مرحلة المراهقة .

المسار الإنمائي والاضطرابات المعادية للمجتمع :

أظهرت نتائج البحوث أن هناك مسار تنموي شائع من اضطراب العناد والتحدي إلى اضطراب المسلك ، وفي الحقيقة يُعد اضطراب العناد والتحدي أحد المنبئات القوية جداً لحدوث اضطراب المسلك ، فالشباب الذي لديه اضطراب العناد والتحدي يبدأ في إظهار مشكلات تتعلق بعناد متوسط في حوالي السنة الثالثة والسنة الرابعة من العمر وتتجه هذه السلوكيات إلى الازدياد في المعدل وفي الحدة خلال مسار النمو وتتقدم بالتدريج إلى أنواع

أكثر حدة بشكل متزايد من مشكلات المسلك بينما تستمر أعراض اضطراب العناد والتحدي ، وهذا التغير في إظهار السلوك قد يعكس استمراراً مختلف الأنماط التي تساهم في خلق مجموعة متنوعة من السلوكيات ذات النمط الظاهري عبر النمو ، وهناك ما يقرب من ٨٠% من الأولاد الذين لديهم اضطراب المسلك الذي يبدأ حدوثه في مرحلة الطفولة كان قد تم تشخيصهم فيما مضى بان لديهم اضطراب العناد والتحدي ، ومع ذلك فإن هناك عدد كبير من الأطفال الذين لديهم اضطراب العناد والتحدي (النسبة ٤٠%) لم يتقدم لديهم الاضطراب إلى أنواع أكثر حدة لمشكلات المسلك (كاسبى وروبرتس Caspi & Roberts ، ٢٠٠١ ؛ كيمونس وفريك Kimonis & Frick ، ٢٠١٠) .

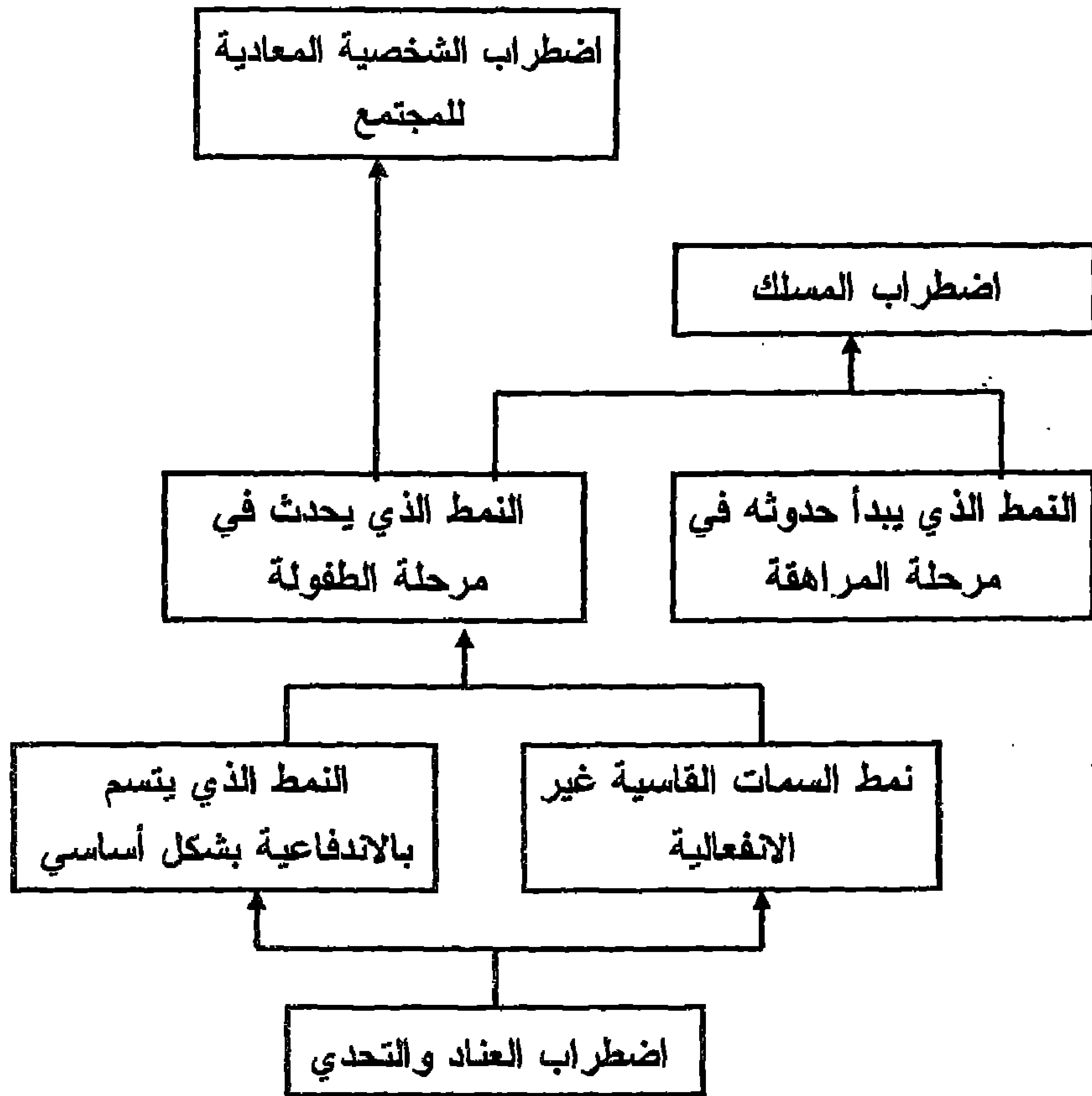
وهكذا ؛ يتضح أن اضطراب العناد والتحدي يبدو أنه مؤشر تنموي أكثر اعتدالاً فيما يتعلق ببداية الحدوث المبكر لاضطراب المسلك إذ أنهما يشتركان في نفس عوامل المخاطرة والسبب المرضي المشترك .

وتقترح البحوث الحديثة أن الأبعاد الفرعية لاضطراب العناد والتحدي الذي يظهرها أو يعرضها الشباب قد تعطى أيضاً بعض الفهم للمسار الإنمائي لهذا الاضطراب ، وفي دراسة طولية أجراها استنجارس وجودمان Stingaris & Goodman (٢٠٠٩) والتي اعتمدت على عينة قومية للأطفال والمراهقين البريطانيين (ن=٧٩١٢) وجدا أن الأطفال الذين لديهم اضطراب العناد والتحدي عبر ثلاث سنوات اختلفوا طبقاً لبعد سلوك اضطراب العناد والتحدي الذي أظهره الطفل ، وعلى وجه التحديد فإن أعراض اضطراب العناد والتحدي التي تعكس سرعة الغضب ، والمضايقة بسرعة وسهولة تنبأت بدرجة قوية باضطرابات نفسية فيما بعد ولاسيما القلق

والاكتئاب ، والأعراض المرضية لاضطراب العناد والتحدي التـــي تعكــس سلوكيات العناد والتحدي وعدم الامتثال وانتهاك القواعد أو خــرق القواعــد تنبأت بدرجة قوية بحدوث اضطراب المسلك فيما بعد ، بينمــا الأعــراض المرضية التي تعكس السلوك المؤذى أو السلوك الضار (الحقد والانتقــام) تنبأت بأعراض اضطراب المسلك العدواني فيما بعد ومع ذلك فمن المهــم التأكيد على أن الثلاثة أبعاد لاضطراب العناد والتحدي تتداخل فيما بينها إلى حد كبير .

اضطراب المسلك الذي يبدأ حدوثه في مرحلة المراهقة :

يوجد إجماع في الآراء بوجود مسارات إنمائيــة متعــددة لمشــكلات المسلك وكل مسار له عمليات سببية فريدة من نوعها إلى حد ما ، والتمييــز بين الأنواع الفرعية لاضطراب المسلك يكون هام جداً للتعرف على الفروق في المسار الإنمائي وسير الاضطراب ، ويوضح الشكل التخطيطي التــالي المسارات الإنمائية لاضطراب المســلك واضــطراب الشخصــية المعاديــة للمجتمع .



الشكل رقم (٢) المسارات الإنمائية لاضطراب المسلك واضطراب الشخصية المعادية للمجتمع

المصدر : كيمونس وفريك Kimonis & Frick (٢٠١٠)

والطريقة المقبولة بشكل واسع جداً للتمييز بين الأنواع الفرعية لاضطراب المسلك هي الطريقة التي تعتمد على العمر الخاص ببداية حدوث الأعراض المرضية ويوضح هذا التمييز الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية الذي يحلل اضطراب المسلك إلى النوع الذي يبدأ حدوثه في مرحلة الطفولة ، والنوع الفرعي الذي يبدأ حدوثه في

مرحلة المراهقة اعتماداً على ما إذا كانت مشكلات السلوك الحاد تبدأ قبل أو بعد سن ١٠ سنوات .

وهناك دليل يوحي بأن الشباب الذي لديه اضطراب المسلك من النوع الذي يبدأ حدوثه في مرحلة المراهقة يكون من المحتمل بدرجة أقل أن يُظهر سلوكيات معادية للمجتمع تدوم أو تستمر بعد مرحلة المراهقة ، وقد يرجع ذلك إلى أن الشباب الذي يحدث لديه اضطراب المسلك في مرحلة المراهقة يفشل في أن يظهر الكثير من أوجه العجز المتعلقة بالنواحي المزاجية أو المتعلقة بالشخصية التي تمت ملاحظتها في اضطراب المسلك الذي يبدأ حدوثه في مرحلة الطفولة (موفيت Moffitt ، ٢٠٠٣) ، وأيضاً لا يظهر بطريقة نموذجية الأعراض المرضية لاضطراب العناد والتحدي التي تظهر مبكراً ، ولكن بدلاً من ذلك يظهر سلسلة من سلوكيات اضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدي التي يتزامن حدوثها مع بداية البلوغ (موفيت Moffitt ، ٢٠٠٦) ، وعلى وجه التحديد فإن بداية ومسار اضطراب المسلك الذي يبدأ حدوثه في مرحلة المراهقة يتأثر بدرجة كبيرة بالارتباط مع الأقران المنحرفين الذين يشجعونهم على الاشتراك في الأنشطة الإنحرافية لتحقيق المكانة الاجتماعية ، ويظهر الشباب الذي لديه اضطراب المسلك الذي يبدأ حدوثه في مرحلة المراهقة ضعفاً في الأداء الدراسي والمهني والاجتماعي ، بينما الشباب الذي لديه النوع الفرعي الذي يبدأ في مرحلة الرشد يكون في خطورة أكبر من جراء المشكلات المستمرة المتعلقة بسوء استخدام المادة ، والسلوكيات المعادية للمجتمع (موفيت Moffitt ، ٢٠٠٣) وتوصلت نتائج دراسة موفيت وآخرون .Moffitt et al (٢٠٠٢) إلى أن المجموعة التي بدأ فيها الاضطراب في مرحلة المراهقة كانت أقل احتمالاً بنسبة ٥٠% : ٦٠% أن يُدانوا (يتم إدانتهم) في جنحة أو جناية في مرحلة الرشد ، وعندما تتم إدانتهم كانت جرائمهم أقل خطورة (على سبيل المثال

سرقة صغرى أو شرب الخمر إلى حد الثمالة علناً) وأقل عنفاً (على سبيل المثال إساءات ضد الممتلكات) ، عن الشباب الذي لديه النوع الفرعي الذي يحدث في مرحلة الطفولة .

ومع ذلك فإن الشباب الذي لديه اضطراب المسلك الذي يبدأ حدوثه في مرحلة المراهقة يكون لديه سجل إجرامي دائم ، وسوء استخدام المادة ، المزمن الذي يؤدى إلى حدوث مشكلات مهنية واجتماعية عند دخوله مرحلة الرشد .

اضطراب المسلك الذي يبدأ حدوثه في مرحلة الطفولة :

يرتبط حدوث اضطراب المسلك قبل سن ١٠ سنوات بمجموعة من المشكلات المتزامنة الحدوث ويعتقد أن له إسهام جيني أو وراثي ، والأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك الذي يحدث في مرحلة الطفولة يظهرون عدداً من عوامل الخطورة البيئية والفطرية أو المتعلقة بالطبع في وقت مبكر من حياتهم تضعهم في خطورة عالية من جراء مسار حاد وثابت لسلوك عدواني ومعادى للمجتمع ، وعلى وجه الدقة فإن اضطراب المسلك الذي يبدأ حدوثه في مرحلة الطفولة يرتبط بعدم الانتظام الذاتي ، وأوجه العجز في الأداء الوظيفي التنفيذي ، والاندفاعية ، وخلل التنظيم الانفعالي ، وأوجه العجز في الذكاء اللفظي ، وهناك إجماع عام في الآراء فيما يتعلق بأنه كلما زادت عوامل الخطورة في حياة الفرد كلما زاد الاحتمال لديهم بوجود سلوك معادى للمجتمع وعدواني ومنحرف أو إجرامي (موفيت وكاسبى Moffitt & Caspi ، ٢٠٠١) .

وتنبئ مشكلات المسلك الذي يبدأ حدوثها في مرحلة الطفولة بحدوث المشكلات المرتبطة بالسلوك المعادى للمجتمع فيما بعد ، وتوصل جولدشتين

وآخرون .Goldstein et al (٢٠٠٦) أن ٦٩% من الراشدين الذين لــديهم اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع كان لديهم اضطراب المسلك الذي بدأ حدوثه في مرحلة المراهقة على الرغم من أن الأفراد الذين لديهم اضطراب المسلك الذي بدأ حدوثه في مرحلة الطفولة أظهروا شكلاً أكثر عنفــاً فيمــا يتعلق باضطراب الشخصية المعادية للمجتمــع ، ويــرى لــوبير وآخــرون .Loeber et al (٢٠٠٢) أن الأفراد الكبار الذين لديهم اضطراب المســلك الذي بدأ حدوثه في مرحلة الطفولة يكون لديهم المزيد من الإدانات ، ومرات الحبس في السجون ، والتورط في الأنشطة الإجرامية ، ويتم تشخيص مــن الثلث إلى النصف بأن لديهم اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع .

ويضيف كيمونس وفريك Kimonis & Frick (٢٠١٠) أن الأفــراد الذين لديهم اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع يظهرون ضعفاً أكبر فــي النواحي الأكاديمية والاجتماعية والمهنية ، فعلى ســبيل المثــال يظهــرون معدلات أكبر بالنسبة للتسرب من المدارس والعنف الأســرى ، والطــلاق ، والحمل غير المرغوب فيه ، والبطالة والتشرد ، والأفراد الذين لديهم ســوء استخدام للمشروبات الكحولية في نفس الوقت من المحتمل بواقع ٤٨ مرة أن يرتكبوا شكلاً من أشكال العنف الأسرى .

هذا ؛ بينما يرى أودجــرز وآخــرون .Odgers et al (٢٠٠٧) أن الأفراد الذين لديهم اضطراب الشخصية المعاديــة للمجتمــع يكــون لــديهم مشكلات جسدية وصحية ، ولاسيما الحالات المزمنة مثل أمراض الجهــاز التنفسي ، ومرض البول السكري والأمراض المتعلقة بالأسنان ، والأمراض التي تنتقل عن طريق الجنس مثل الإيدز ، ويشتركون في ســلوكيات تتســم بالمخاطرة ، كما أنهم في خطر متزايد يتمثل في الموت في سن مبكرة نتيجة أسباب غير طبيعية ولاسيما الموت المفاجئ ، والإصابة نتيجــة الحــوادث

والمشكلات المهنية والاجتماعية الحادة .

والفتيات اللاتي لديهن مشكلات تتعلق بالمسلك بدأ حدوثها في مرحلة الطفولة يكن أقل احتمالاً بشأن إظهار النتائج المعادية للمجتمع في مرحلة الرشد على الرغم من أنهن في خطورة متزايدة من جراء المشكلات الأخرى المتعلقة بالمواءمة والتي تتضمن الاضطرابات النفسية والسلوك المتعلق بالانتحار ، والمشكلات الاجتماعية والمهنية الحادة والوهن أو الضعف الجسمي (كيمونس وفريك Kimonis & Frick ، ٢٠١٠) .

وهكذا ؛ يمكن القول بأن الشباب الذي لديه مشكلات تتعلق بالمسلك بدأ حدوثها في مرحلة الطفولة يكون في خطر كبير من جراء حدوث أشكال متعددة تتعلق بالمواءمة المسببة للمشكلات في مرحلة الرشد ، وهذه الخطورة تكون أعلى مما يوجد لدى الشباب الذي لديه اضطراب المسلك الذي يبدأ حدوثه في مرحلة المراهقة .

عدم التنظيم الانفعالي واضطراب المسلك :

تؤكد غالبية البحوث على وجود نمط لاضطراب المسلك الذي يبدأ حدوثه في مرحلة الطفولة يتضمن المشكلات الانفعالية والميل إلى التفاعل بطريقة اندفاعية مع غضب شديد وانفعالات عدائية ، وهذه القابلية لتجربة الإثارة الانفعالية السلبية يتم إسنادها إلى أوجه العجز في تشغيل المعلومات الاجتماعية (فريك ومارسى Frick & Marsee ، ٢٠٠٦) .

وهؤلاء الأفراد يكونون في خطر من جراء المشكلات المتعلقة بالتنشئة الاجتماعية لأنهم غالباً ينحدرون من عائلات بها معدلات عالية للممارسات الوالدية المختلة ، والإساءة الجسدية ، كما أنهم معرضون للتوتر والانفعالات السلبية ، كما يتم نبذهم من جانب أقرانهم مما يضعهم في خطر أكبر يجعلهم

يهربون من المدرسة ومصاحبة الأقران المنحرفين الذين يشجعونهم على ارتكاب وممارسة السلوكيات الانحرافية والعدوانية في المستقبل (ميللر - جونسون وآخرون Miller-Johnson et al. ، ٢٠٠٢) .

وتقترح البحوث الحديثة أن المشكلات الاجتماعية تنسب في المقام الأول لوجود الأعراض المرضية لاضطراب العناد والتحدي أو اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد كحالة مرضية مشتركة أو مصاحبة لاضطراب المسلك ، ونظراً لذلك هناك حاجة ملحة لإجراء المزيد من البحوث المستقبلية التي تقارن معدلات الحالة المرضية المشتركة بين الشباب الذين لديهم النوع الاندفاعي أو غير المنظم للانفعالات والمرتبط باضطراب المسلك والنوع الذي يتسم بالسمات القاسية غير الانفعالية .

السمات القاسية غير الانفعالية واضطراب المسلك :

توجد مجموعة أخرى من الأفراد الذين لديهم اضطراب المسلك من النوع الذي يحدث في مرحلة الطفولة يظهرون مستويات دالة وملحوظة للسمات القاسية غير الانفعالية Callous-Unemotional Traits (على سبيل المثال غياب الضمير أو الشعور بالذنب وعدم وجود المشاركة الوجدانية والإساءة للآخرين من أجل تحقيق بعض المكاسب) ، والشباب الذي لديه نسبة عالية من السمات القاسية غير الانفعالية يُظهر حساسية منخفضة لدلائل العقاب في المواقع الاجتماعية ، وارتياح بدرجة أقل ، ومستويات عالية من التوتر أو الانعصاب (بارديني وآخرون Pardini et al. ، ٢٠٠٣) ، كما أن هؤلاء الشباب يظهرون أيضاً تفضيلاً للأنشطة الجديدة والمثيرة والخطيرة ويكونون عرضة للملل أو الضجر ، ويظهرون سمات منخفضة للقلق بدرجة أعلى مما في حالة الشباب الذين لديهم نفس المستوى من للمشكلات السلوكية (فريك وآخرون Frick et al. ، ٢٠٠٣) .

وأظهرت نتائج عديد من الدراسات أن مشكلات المسلك ترتبط ارتباطاً قوياً بالأسلوب الوالدي المختل لدى الأطفال الذين لديهم نسبة منخفضة في السمات القاسية غير الانفعالية ، فوجود هذه السمات ينبئ بمسار مستمر وأكثر حدة لمشكلات المسلك والسلوكيات العدوانية (لارسون وآخرون Larson et al. ، ٢٠٠٦) .

وفي مراجعتهم لـ ٢٤ دراسة منشورة استخدمت عينات من الأطفال والمراهقين وجد فريك وديكنز Frick & Dickens (٢٠٠٦) أن السمات القاسية غير الانفعالية ارتبطت بمشكلات المسلك الأكثر حدة ، والانحراف ، والعنف ، والعدوان ، والقبض عليهم من جانب الشرطة ، والشباب الذي لديه السمات القاسية غير الانفعالية من المحتمل بدرجة كبيرة أن يظهر مشكلات المسلك الثابتة لأن لديه اندفاعية أكبر ، وحالة اجتماعية اقتصادية متدنية ، وتوصل فريك وآخرون Frick et al. (٢٠٠٣) إلى أن أقوى المنبئات للمسار المستمر للسمات القاسية غير الانفعالية تمثل في الحالة الاجتماعية الاقتصادية الأسرية المتدنية ، والممارسات المتعلقة بأسلوب الوالدين في التنشئة ، وأن هذه السمات ترتبط باضطراب الشخصية المعادية للمجتمع والحالة المرضية النفسية في مرحلة الرشد ، ويؤكد ذلك بلونيجين وآخرون Blonigen et al. (٢٠٠٦) حيث يرون أن السمات القاسية غير الانفعالية تستقر نسبياً من مرحلة المراهقة المتأخرة إلى مرحلة الرشد المبكر ، بينما ذكرت لوني وآخرون Loney et al. (٢٠٠٧) أن السمات القاسية غير الانفعالية تكون ثابتة أو مستقرة بدرجة دالة في مرحلة المراهقة ، وهذا ما أوضحته المتابعة التي استمرت ست سنوات ، وأخيراً أوضحت دراسة لينام وآخرون Lynam et al. (٢٠٠٧) ودراسة بوركي وآخرون Burke et al. (٢٠٠٧) أن مقاييس السمات القاسية غير الانفعالية التي تم تقديرها قبل

مرحلة المراهقة ارتبطت بشكل دال بمقاييس مشابهة في مرحلة الرشد حتى بعد التحكم في عوامل الخطورة الأخرى في مرحلة الطفولة ، كما توصل بارديني ولوبير Pardini & Loeber (٢٠٠٨) إلى أن الأفراد الذين يظهرون مستويات عالية من السمات القاسية غير الانفعالية في سن ١٤ سنة وكذلك الأفراد الذين أظهروا تغيراً أقل في السمات القاسية غير الانفعالية فيما بين الرابعة عشر والثانية عشر من العمر أظهروا أعلى مستويات لسمات الشخصية المعادية للمجتمع عندما بلغوا من العمر ٢٦ عاماً .

وأخيراً توصل فريك وآخرون Frick et al. (٢٠١٣) إلى أن الأطفال والمراهقين الذين لديهم السمات القاسية غير الانفعالية يتجاوبون بدرجة أقل للتدخلات النمطية الموجودة في مواقع الصحة النفسية .

وعلى الرغم من أن السمات القاسية غير الانفعالية تبدو أنها تحدد مجموعة من الشباب المعرضين للخطر من جراء السلوك المعادى للمجتمع المستمر حتى مرحلة الرشد فإنه يوجد دليل قوى على أن الكثير من الشباب الذين تبدأ لديهم مشكلات المسلك مبكراً لا يظهرون هذه السلوكيات خلال مسار النمو (رايني وآخرون Raine et al. ، ٢٠٠٥) ، ومع ذلك فالكف عن السلوك المعادى للمجتمع قد تم إرجاعه أو نسبة بدرجة أساسية إلى التعرض المنخفض لعوامل الخطورة التي تساهم في هذه السلوكيات أو التعرض لعوامل إيجابية تحمى منها .

وفي دراسة بحثت في موضوع العوامل التي ميزت المراهقين الذين كفوا عن ممارسة السلوك المعادى للمجتمع عن المراهقين الذين استمروا في هذا السلوك ذكر لوبير وآخرون Loeber et al. (٢٠٠٧) أن المراهقين الذين كفوا عن هذا السلوك كان لديهم معدلات متدنية بشكل ملحوظ في استخدام التبغ وشرب الخمور والاشتراك في بيع المخدرات والانحراف مع

الأقران ، كما أظهروا سلوكيات منخفضة بشكل دال وملحوظ فيما يتعلق بالسمات القاسية غير الانفعالية ، وفشلت هذه الدراسة في أن تجد إسهاماً للعوامل المعرفية والفسيولوجية والأسرية أو العوامل المتعلقة بمنطقة الجيرة أو الحي وذلك فيما يتعلق بالكف أو الامتناع .

ولا يتضح من البحوث المتوافرة حالياً إلى أي مدى يُظهر الأفراد الذين يمتنعون عن السلوك المعادى للمجتمع عبر النمو توافقاً أو ملاءمة عبر مجالات أخرى للأداء الوظيفي نظراً لأن الكثير من عوامل الخطر للسلوك المعادى للمجتمع تكون معروفة أيضاً بأنها عوامل خطورة لأنواع أخرى لسوء التوافق ، ووجد لوبير وآخرون Loeber et al.(٢٠٠٧) أنه في سن ٢٠ سنة فإن المراهقين الذين امتنعوا أو كفوا عن سلوكهم المعادى للمجتمع لم يختلفوا بدرجة دالة عن المتمسكين بهذا السلوك وذلك في مؤشرات عديدة للتوافق ، واتضح وجود مشكلات يمكن مقارنتها فيما يتعلق بالقلق والتحصيل الدراسي المتدني ، والبطالة ، وسوء استخدام المادة لصالح الأفراد المتمسكين بهذا السلوك ، ومع ذلك تم تمييز الأفراد الذين كفوا عن هذا السلوك عن طريق عرض عدداً أقل بدرجة دالة فيما يتعلق بالانسحاب الاجتماعي ، والمشكلات المتعلقة بالشخصية المعادية للمجتمع ، والانحراف بدرجة أقل .

وأخيراً فإن التمييز بين الأفراد الذين لديهم اضطراب المسلك والذين يكون لديهم أو لا يكون لديهم مستويات عالية للسمات القاسية غير الانفعالية يتم النظر فيه الآن ونشره ضمن الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية (DSM-5) ، وذلك بهدف التعرف على أهم الأهداف للتدخل وتحديد أكفأ تركيب للخدمات التي تقدم لهؤلاء الأفراد .

وهكذا ؛ يتضح من خلال العرض السابق وجود العديد من المسارات

الشائعة التي من خلالها يطور الأطفال والمراهقين اضطراب المسلك، وكل مسار له عوامل الخطورة الخاصة به ، والميكانيزمات (الآليات) الإنمائية التي تؤدى إلى حدوث سلوك عدواني ومضاد للمجتمع ، كما تم عرض مسارات اضطراب المسلك بما في ذلك المسار الخاص ببداية حدوث الاضطراب في مرحلة المراهقة الذي يُعد نوعاً من التمرد العادي من جانب المراهق تجاه السلطة ، والمساران الآخران يتضمنان بشكل نموذجي مشكلات المسلك التي يبدأ حدوثها في مرحلة الطفولة ولكنهما يختلفان حول ما إذا كان الطفل يظهر مستويات ملحوظة للسمات القاسية غير الانفعالية Callous-Unemotional Traits أو حول ما إذا كان الطفل يظهر مشكلات ملحوظة في التنظيم السلوكي والانفعالي ، كما تم إلقاء الضوء على التوجهات الهامة للبحوث المستقبلية بخصوص هذه المسارات بالإضافة إلى مضامين هذه المسارات لتقدير وتشخيص الأطفال والمراهقين الذين لديهم اضطراب المسلك ، كما ينبغي أن تتضمن المعايير التشخيصية على السمات القاسية غير الانفعالية من أجل تمييز مجموعة فرعية متميزة من الشباب الذي لديه الاضطراب، وأخيراً تمت مناقشة المضامين الخاصة بالوقاية والعلاج من اضطراب المسلك ولاسيما الحاجة إلى وجود تدخلات تكون شاملة تتجه إلى النزعة الفردية بحيث تتمشى مع سمات الأطفال والمراهقين في المسارات الإنمائية المتعددة .

الفصل الحادي عشر

التوجهات المستقبلية في دراسة اضطراب المسلك

مقدمة :

خلال الثلاثة عقود الماضية حدث تقدم كبير في فهم المسار الإنمائي والعوامل المرتبطة بحدوث واستمرار المشكلات السلوكية المبكرة عند الأطفال Conduct Problems (CP) وذلك بشكل كبير جداً ، ومن المعروف أن مشكلات المسلك تتضمن بشكل أساسي سلوكيات تتسم بالعدوان وتدمير الممتلكات ، والعناد والتحدي ، وفي نفس الوقت فإن هذه الأنواع من السلوكيات يصاحبها غالباً أعراض اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد وعلى الأخص النوع الذي يتسم أو المصحوب بالنشاط الزائد ، وابتداء من الأعمال الرائدة لكامبل وآخرون .Campbell et al (١٩٩٤) ؛ وريتشمان وآخرون .Richman et al (١٩٨٢) الذين كانوا من الباحثين الأوائل الذين اهتموا بتتبع منتظم للمسار الإنمائي للأطفال في فترات ما قبل دخول المدرسة وسن دخول المدرسة الذين يصعب التعامل معهم ، ومنذ ذلك الوقت تطور هذا المجال بشكل كبير جداً ومن ثم استطعنا فهم سبب استمرارية مشكلات المسلك من مرحلة الطفولة المبكرة إلى مرحلة الطفولة الوسطى وما بعد ذلك ، واستطعنا أن نفهم أيضاً عوامل الخطورة المرتبطة بالطفل والأسرة والمجتمع والمرتبطة بتكوينهم واتجاهاتهم ، كما حدث تقدم إنمائي مشابه اهتم بتتبع البحوث التي ركزت على الوقاية والعلاج من مشكلات المسلك خلال مرحلة الطفولة المبكرة وذلك على الرغم من أن بداية هذه البحوث تختلف عن البحوث التي تناولت القضايا والموضوعات الإنمائية الأساسية .

ويعتبر اضطراب المسلك من الاضطرابات الهامة في الطب النفسي

وذلك لعدد من الأسباب منها أن هذا الاضطراب يتضمن العدوان ويرتبط ذلك بدرجة عالية بالسلوك الإجرامي Criminal Behavior ، كما يرتبط بمجموعة من المشكلات الاجتماعية والنفسية والأكاديمية أو الدراسية (كيمنوس وفريك Kimonis & Frick ، ٢٠١١) بالإضافة إلى ذلك فإن اضطراب المسلك في مرحلة الطفولة يتنبأ بمشكلات لاحقة في مرحلة المراهقة بما في ذلك مشكلات الصحة النفسية (على سبيل المثال سوء استخدام المادة) والمشكلات القانونية (على سبيل المثال الخطورة من جراء القبض من جانب الشرطة) والمشكلات الاجتماعية (على سبيل المثال الأداء الوظيفي السئ أو الأداء الرديء في العمل) ومشكلات الصحة الجسمية (أودجيرز وآخرون .Odgers et al ، ٢٠٠٨) ، وحتى في عينة الأطفال ذوى الرابعة أو الخامسة من العمر ينبئ اضطراب المسلك بمصاعب سلوكية وتعليمية دالة بعد مرور خمس سنوات (كيم – كوهين وآخرون -Kim Cohen et al. ، ٢٠٠٩) ، ونظراً لمستويات الضعف المرتبطة باضطراب المسلك بالإضافة إلى التكلفة العالية التي يتكبدها المجتمع المرتبطة بالسلوك الإجرامي والعنيف الذي يُظهره الأشخاص الذين لديهم هذا الاضطراب فليس من المستغرب وجود عدد كبير من البحوث التي تركز على أسباب حدوث اضطراب المسلك أو العوامل التي تضع الطفل في خطر من جراء التصرف بطريقة عدوانية ومعادية للمجتمع ، والتي تتضمن العوامل التي تتعلق بالمزاج أو الطبع مثل العوامل الكيميائية العصبية (على سبيل المثال السيروتونين Serotonin المنخفض) ، والعوامل التلقائية أو الذاتية (على سبيل المثال معدل ضربات القلب المنخفض) ، وأوجه العجز المعرفية العصبية وعدم الانتظام (على سبيل المثال أوجه العجز في الأداء الوظيفي التنظيمي) ، وأوجه العجز في تشغيل المعلومات الاجتماعية (على سبيل

المثال التنظيم الانفعالي الردئ) ، والاستعدادات الطبيعية للشخصية (علـى سبيل المثال الاندفاعية) ، وبالإضافة إلى ذلك فهناك على الأقـل مخـاطر كثيرة تتضمن عوامل تتعلق بمرحلة ما قبل ولادة الطفل (على سبيل المثال التعرض للسموم) والرعاية المبكرة للطفل (على سـبيل المثـال الرعايـة الصحية السيئة) والأسرة (على سبيل المثال التأديب غير الفعال) والأقران (على سبيل المثال الارتباط بالأقران المنحرفين) والحي أو منطقة الجيـرة السكنية (على سبيل المثال التعرض للعنف بأنواعه المختلفة) .

وعلى الرغم من أن البحوث المختلفة وثقت هـذه العوامـل الكثيـرة والمتنوعة إلا أن ذلك أدى إلى وجود نوع من الاختلاف حول أفضل طريقة لتكامل هذه العوامل داخل نماذج سببية شاملة لشرح تطور اضطراب المسلك وهناك عدد قليل من النقاط للاتفاق أو التوافق منها ما يلي :

أولاً : لكي يتم الشرح الوافي لنمو أو تطور السـلوك العـدواني والمعـادى للمجتمع يجب على النماذج السببية أن تتضمن الدور المحتمل لعوامـل الخطورة المتعددة .

ثانياً : أن المجموعات الفرعية للشباب المعادى للمجتمـع قـد يكـون لهـا ميكانيزمات سببية متميزة تصف أو تلقى الضوء على السلوك العدواني والمضاد للمجتمع .

ثالثاً : أن النماذج السببية في حاجة إلى عمل تكامل للبحوث التي تتعلق بنمو السلوك العدواني والمعادى للمجتمع لدى الشباب مع البحوث التي تتعلق بنمو السلوك بطريقة طبيعية ، فعلى سبيل المثال أوضحت البحوث التي أجريت في هذا الصدد أن القدرة على عدم تنظيم الانفعـال والسـلوك ، وعدم القدرة على المشاركة الوجدانية ، ونقص الشعور بالـذنب تجـاه الآخرين تقوم بدور مهم في تطور اضطراب المسلك (فريـك وفيـدنج

Frick & Viding ، ٢٠٠٩) ، ونتيجة لـذلك فـإن فهـم العمليـات المتضمنة في التطور الطبيعي لهذه القدرات يعتبر هاماً جداً مـن أجـل التوصل إلى الكيفية التي من خلالها ينحرف بعض الأطفال ويتعرضون للمخاطرة من جراء التصرف بطريقة عدوانية ومعادية للمجتمع ، الأمر الذي يؤدى إلى الاعتراف بأن هناك مسارات سببية تؤدى إلى حـدوث اضطراب المسلك وكل مسار من هذه المسارات يتضمن عوامل خطورة متعددة تمزق العمليات التنموية الهامة مما يجعل الطفل يتصرف بطريقة عدوانية ومعادية للمجتمع ، وهناك مجموعة من البحوث تناولـت هـذه الحالة المرضية النفسية التنموية وتوضح أهمية هذه المسارات ، وكيفية نمو وتطور اضطراب المسلك لدى الأطفال والمراهقين ؛ لـذلك سـيتم إلقاء الضوء على ما هو معروف في الوقت الحالي بشأن هذه المسارات الإنمائية التي من شأنها أن تزيد من فهمنا لأسباب اضطراب المسـلك ، وأن تُحسن عمليات التقدير أو التقييم ، والوقايـة والعـلاج مـن هـذا الاضطراب .

مشكلات المسلك في مرحلة الطفولة المبكرة :

اهتمت العديد من الدراسات بتحديد الأطفال الصغار الذين في خطورة من جراء المسارات المبكرة والمستمرة لمشكلات المسلك ، وهذا الاهتمام تم تشجيعه في البداية عن طريق النتائج المستمدة من الدراسات التـي تناولـت الشباب المعادى للمجتمع الذي يبدأ حدوث الاضطراب لديه مبكراً أو متأخراً (شاو وجروس Shaw & Gross ، ٢٠٠٨) ، وبمقارنة الأفراد الذين تبـدأ لديهم مشكلات المسلك في مرحلة متأخرة ، والأفراد الـذين لـديهم النشـاط المنحرف في مرحلة المراهقة المتوسطة حتى مرحلة المراهقة المتأخرة فإن الأفراد الذين تحدث لديهم هذه المشكلات مبكـراً يظهـرون مسـاراً أكثـر استمرارية ومزمناً بشكل أكبر فيما يتعلق بالسلوك المعادى للمجتمع وذلك في

مرحلة الطفولة المتوسطة إلى مرحلة الرشد ، والأفراد الذين تبدأ لديهم هـذه المشكلات السلوكية في وقت مبكر يمثلون تقريباً من ٦% : ٧% من العينـة السكانية ومع ذلك فهم مسئولون عن نصف الجرائم التي يرتكبها المراهقون وثلاثة أرباع الجـرائم العنيفـة (موفيـت وكاسـبى Moffitt & Caspi ، ٢٠٠١) .

وتم توثيق مجموعة فرعية تضم الأطفال الذين يبدأ لـديهم الحـدوث المبكر خلال مرحلة الطفولة المبكرة ابتداء من السنة الثالثـة مـن العمـر ، والدافع وراء تحديد هذه المجموعة الفرعية التي في خطورة من جراء البداية المبكرة لمشكلات المسلك تم تقويته استناداً إلى النتائج المستمدة من مجـالين مرتبطين ببعضهما هما : أنماط بداية حدوث السلوك الفوضوي ، وبحـوث التدخل العلاجي (شاو وآخرون .Shaw et al، ٢٠١٢) .

وبعض الأطفال لا يظهرون مستويات عالية فيمـا يتعلـق بالعـدوان الجسدي والسلوك المتسم بالعناد خلال مرحلة الطفولة المبكرة ، كما أن هناك فئة أخرى لا يظهرون مستويات عالية للسلوك الفوضوي في مرحلة الطفولة المتأخرة أو مرحلة المراهقة على الرغم من وجود بعـض الأطفـال الـذين يظهرون معدلات عالية فيما يتعلق بالسلوك العدواني من الناحيـة الجسـدية وذلك بعد سن الخامسة ، وعلى وجه الدقة فإن الدراسات الخاصة بالتـدخل والوقاية قبل سن دخول المدرسة أظهرت كفاءة أكبر بالنسبة لعلاج الأطفـال الذين لديهم معدلات عالية من الناحية الكلينيكية فيما يتعلق بمشكلات المسلك عما في حالة الأطفال الأكبر سناً (ريد وآخرون .Reid et al ، ٢٠٠٤) .

اضطراب المسلك الذي تصاحبه السمات القاسية غير الانفعالية :

يبدأ حدوث هذا المسار الإنمائي لاضطراب المسلك في مرحلة الطفولة

ويتميز بوجود مستويات دالة للسمات القاسية غير الانفعالية التي تتسم بنقص الشعور بالذنب ، ونقص الاهتمام بمشاعر الآخرين ، وعدم الاهتمام بشأن الأداء في الأنشطة الهامة ، والوجدان الضحل أو العاجز (على سبيل المثال لا يعبر عن المشاعر أو لا يظهر الانفعالات والعواطف تجاه الآخرين إلا بطريقة تبدو سطحية أو ضحلة أو عند استخدامها من أجل جني المكاسب أو الفوائد) ، وهذه السمات مشابهة للسمات التي يتم استخدامها لتحديد أو التعرف على الحالة المرضية لدى الكبار (باترك Patrick ، ٢٠٠٦) .

والأطفال الذين لديهم مستويات عالية لهذه السمات يظهرون نمطاً أو شكلاً أكثر حدة واستفزازاً وعدوانية للسلوك بدرجة أكبر مما يظهره أو يعرضه الأطفال الآخرون الذين لديهم اضطراب المسلك (روى وآخرون Rowe et al. ، ٢٠٠٩) .

وقام فريك ووايت Frick & White (٢٠٠٨) بمراجعة شاملة للبحوث التي اهتمت بتوثيق الفروق النفسية والمعرفية والشخصية والاجتماعية المتعددة بين الشباب المعادى للمجتمع الذي لديه والذي ليس لديه السمات القاسية غير الانفعالية وتوصلا إلى أن الشباب المعادى للمجتمع الذي لديه السمات القاسية غير الانفعالية يظهر عجز في تشغيل المثيرات النفسية السلبية بدرجة أكبر ؛ حيث يظهرون أوجه عجز في ردود أفعالهم لعلامات الخوف والكرب أو الضيق من الآخرين ، ويكونون أقل حساسية للعقاب ، ويظهرون نتائج إيجابية في المواقف العدوانية مع الأقران ، والشباب المعادى للمجتمع الذي ليس لديه السمات القاسية غير الانفعالية يسعى إلى الإثارة ويظهر مستويات من الخوف والقلق أكثر انخفاضاً .

ويرى فريك وفايدنج Frick & Viding (٢٠٠٩) أن الأطفال

والمراهقين الذين لديهم السمات القاسية غير الانفعالية يبـدون أو يظهـرون مزاج أو طبع يتسم بعدم الخوف ، وعدم الحساسية ، واسـتجابة منخفضـة لدلائل الكرب أو المحنة عند الآخرين ، ومن الممكن أن يتدخل هذا الطبع أو المزاج في النمو الطبيعي للضمير ويضع الطفل في موضع الخطر من جراء حدوث نمط حاد وعدواني للسلوك المعادى للمجتمع على نحو خاص .

اضطراب المسلك المرتبط بسوء التنظيم الانفعالي والسلوكي :

يمثل الأطفال الذين لديهم السمات القاسية غيـر الانفعاليـة يمثلـون مجموعة فرعية من الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك والذين يحدث لهم هذا السلوك الحاد قبل مرحلة المراهقة ، وهؤلاء الأطفال يمثلون أقلية مـن بين الأطفال الذين فـي مجموعـة بدايـة حدوث الاضطراب في مرحلـة الطفولة (فريك وفايدنج Frick & Viding ، ٢٠٠٩) ، والأطفـال الـذين لديهم اضطراب المسلك وليس لديهم السـمات القاسـية غيـر الانفعاليـة لا يظهرون مشكلات تتعلق بالمشاركة الوجدانية والشعور بالذنب بل يُظهـرون غالباً معدلات عالية من القلق ، ويبدو عليهم الاضطراب من نتـائج تـأثير سلوكهم على الآخرين ، وبالتالي فإن السلوك المعادى للمجتمـع لـدى هـذه المجموعة يصعب فهمه أو توضيحه عن طريق أوجه العجز في نمو الضمير ومع ذلك فإن أفراد هذه المجموعة يظهرون مستويات عاليـة للاندفاعيـة ، وأوجه عجز في الذكاء اللفظي ، وتحيزاً عدوانياً في المواقف الاجتماعيـة ، وعادة ما ينحدرون من عائلات بها معدلات عاليـة للممارسـات الوالديـة والعدوانية غير المتسقة ، وعلاوة على ذلك فإن أفراد هذه المجموعة يميلون إلى أن يكونوا أقل عدوانية بشكل عام ، وعندما يكونون عدوانيين فإن الأمر يكون مقصوراً في أغلب الأحيان على الأشـكال التفاعليـة للعـدوان (أي استجابة أو رداً على استفزاز حقيقي أو مدرك) ، ويبدو أن هذه المجموعـة قد يكون لديها تفاعل أكبر للمثيرات الانفعالية وللاستفزاز من جانب الأقران

(فريك Frick ، ٢٠١٢) .

وهكذا ؛ يتضح أن السلوك العدواني والمعادى للمجتمع عند الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك من النوع الذي يبدأ حدوثه في مرحلة الطفولة ولكن ليس لديهم مستويات دالة من السمات القاسية غير الانفعالية تكون لديهم أوجه عجز في التنظيم المعرفي والانفعالي للسلوك .

ويمكن أن تؤدى أوجه العجز في القدرات اللفظية بالإضافة إلى التجارب أو الخبرات غير الكافية فيما يتعلق بالتنشئة الاجتماعية إلى وجود مشكلات في التحكم التنفيذي للسلوك أي عدم القدرة على توقع النتائج أو العواقب السلبية للسلوك ، وعدم القدرة على تأخير أو إرجاء الإشباع أو الإرضاء ، وعلاوة على ذلك فإن التفاعل القوى المعرفي (على سبيل المثال التحيزات الوصفية العدوانية) والتفاعل النفسي (على سبيل المثال التفاعل القوى للمثيرات والاستفزازات السلبية) هي سمات ترتبط بخبرات غير كافية تتعلق بعملية التنشئة الاجتماعية وتؤدى إلى مشكلات تتعلق بتنظيم الاستجابات الانفعالية ، وهذه المشكلات الخاصة بالتنظيم الانفعالي من الممكن أن تؤدى إلى وجود طفل يتورط في أعمال اندفاعية وتصرفات غير مخطط لها فيما يتعلق بالأعمال العدوانية المعادية للمجتمع والتي قد يقدم عليها بعد ذلك عندما يشعر بتأنيب الضمير (شاو Shaw ، ٢٠١٣) .

مسار واستقرار المشكلات السلوكية المبكرة :

أوضحت نتائج العديد من الدراسات أن استقرار وثبات معظم أنواع سلوك الطفل أثناء مرحلة الرضاعة بالنسبة لنفس السلوك أو السلوك الذي يمكن مقارنته في مرحلة المراهقة كان متواضعاً بما في ذلك السلوكيات المعروف أن لها مستويات عالية من الثبات ، ولهذا فليس من الواضح لماذا

يتوقع المرء أن يكون ثبات أو استقرار السلوك الفوضوي عالياً فيما بين مرحلة الطفولة المبكرة ومرحلة المراهقة ، وفي الحقيقة عندما تم استخدام المبلغين المختلفين من أجل قياس الاستمرارية بين السلوك الفوضوي الأولى عند الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة ومشكلات المسلك التي تحدث فيما بعد أو بين المتغيرات الأولية المتعلقة بالطبع أو المزاج والمرتبطة بمشكلات المسلك (على سبيل المثال الانفعالية السلبية وعدم الخوف ونقص الانتباه) ، ومشكلات المسلك فيما بعد ، فإن الاستمرارية كانت من ضئيلة إلى غير موجودة (أجيولار وآخرون .Aguilar et al ، ٢٠٠٠ ؛ شاو وآخرون Shaw et al. ، ٢٠٠١) ، ومع ذلك فاتساقاً مع دراسات الأنواع الأخرى للسلوك التي أتضح أنها ثابتة خلال مرحلة الطفولة (على سبيل المثال الذكاء ، والاختلاط بالآخرين أو التفاعل الاجتماعي) عندما تم قياسها فيما بين الثانية والثالثة من العمر فإن العوامل المتعلقة بالطبع أو المزاج بدأت في إظهار ارتباطات تتراوح بين متواضعة إلى متوسطة بأشكال مشكلات المسلك والأشكال الأكثر خطورة المتعلقة بالسلوك المعادى للمجتمع الذي تم تقديره في أواخر مرحلة الطفولة الوسطى ومرحلة المراهقة (أولسون وآخرون .Olson et al ، ٢٠٠٠) ، والدراسات التي وجد أن لها أقوى تأييد بالنسبة للثبات أو الاستقرار أو التي كانت على الأقل لها استمرارية مختلفة الأنماط في السلوك قدرت السلوك في مرحلة الطفولة المبكرة باستخدام طرق الملاحظة ابتداء من الثالثة من العمر تقريباً (شاو Shaw ، ٢٠١٣) .

الاتجاهات المستقبلية للبحوث التي تتناول المسارات الإنمائية للاضطراب :

١- استخدام طرق بحث ملائمة بدرجة أكبر :

تقترح البحوث الحديثة وجود مسارات شائعة متعددة لاضطراب المسلك مع ميكانيزمات تنموية متميزة تؤدى إلى السلوك العدواني والمعادى للمجتمع عند الطفل ، وينبغي على البحوث المستقبلية أن تنظر إلى ما إذا

كان من الممكن وجود مسارات أخرى يمكن أن توضح المشكلات التي يمر بها عدد كبير جداً من الشباب الذين لديهم اضطراب المسلك ، فلم تعد البحوث تركز ببساطة على توثيق العوامل المرتبطة باضطراب المسلك أو ما هي عوامل الخطورة التي تفسر أو تلقى الضوء على التباين في مقاييس السلوك المعادى للمجتمع أو العدوان أو الانحراف ، وعلى وجه التحديد فقد يكون المتغير مرتبطاً بأعراض اضطراب المسلك أو يفاضل بين الأفراد الذين لديهم والأفراد الذين لديهم اضطراب المسلك في العينة الكلية ، ومع ذلك فإن هذا الارتباط الكلي أو العام قد يطمس الحقيقة التي تقضي بأنه مرتبط فقط بسلوك المجموعة الفرعية من الأفراد الذين لديهم اضطراب المسلك فمثلاً في إحدى الدراسات وجد أن الأطفال في مرحلة ما قبل المراهقة (الأعمار من ٦ - ١٣ سنة) وكان عدد أفراد العينة ١٦٦ وجد أن مقياس الأسلوب الوالدي المختل أظهر علاقة متوسطة ولكنها عالية بمقياس مشكلات المسلك بعد التحكم في المتغيرات الديموجرافية أو السكانية كالعمر الزمني والجنس (النوع) والمستوى الاجتماعي الاقتصادي والمستوى العقلي للطفل (ووتون وآخرون Wootton et al. ، ١٩٩٧) ومع ذلك فإن هذا الارتباط العام أخفي ارتباطات مختلفة جداً داخل الأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك مع الارتباط بين الأسلوب الوالدي غير الفعال ومشكلات المسلك الذي كان قوياً بالنسبة للأطفال الذين لديهم نسبة منخفضة من السمات القاسية غير الانفعالية وكان سلبي وغير دال بالنسبة للأطفال الذين لديهم نسبة عالية من السمات القاسية غير الانفعالية .

وهذا الارتباط المختلف مع الأسلوب الوالدي تم تتبعه من خلال اختبار التفاعل بين مقياس للممارسات الوالدية ومقياس للسمات القاسية غير الانفعالية للتنبؤ بمشكلات المسلك باستخدام تحليل الانحدار المتعدد فعلى سبيل المثال في عينة من الأطفال الذين تم تحويلهم للعيادات وجد أن مشكلات المسلك ترتبط بدرجة دالة بالقلق عند مستوى ٠.٠١ وازداد هذا الارتباط

عندما تم السيطرة أو التحكم في مستوى السمات القاسية غير الانفعالية ، وفي نفس العينة وجد ارتباط سلبي وغير دال بين السمات القاسية وغير الانفعالية وبين القلق ، وأصبح هذا الارتباط دالاً بعد التحكم في مشكلات المسلك (فريك وآخرون .Frick et al ، ٢٠٠٨) وتم تفسير هذا النمط من العلاقات بأن الأطفال الذين يوجد لديهم أو لا يوجد لديهم السمات القاسية غير الانفعالية يُعرضون مستويات عالية للقلق الذي قد يكون ثانوياً لمشكلاتهم السلوكية ونتيجة لأوجه الضعف الاجتماعية النفسية الكثيرة المرتبطة بمشكلاتهم في المسلك ، ومع ذلك فعند التحكم في مستوى هذه المشكلات المرتبطة بالمسلك أظهر الأفراد الذين لديهم مستويات عالية في السمات القاسية غير الانفعالية مستويات أكثر انخفاضاً في القلق مما يوحى بأنهم اقل تأثرا بنتائج سلوكهم .

وهذه النتائج ما هي إلا مجرد مثالين لبعض الارتباطات المعقدة والمتعددة المتغيرات التي يمكن أن تنتج عن الطبيعة المتغيرة لاضطراب المسلك والتي يتم تجاهلها غالباً في البحوث التي تركز فقط على النتائج الأحادية المتغير أو الرئيسية لعوامل الخطورة ، وبسبب الصعوبة في تعقب وتفسير هذه الارتباطات الأحادية المتغير والمعقدة أوصى بعض الباحثين بضرورة الاستخدام الأكبر للتحليلات التي تدور حول الشخص والتي تقسم بطريقة واضحة الأطفال إلى مجموعات فرعية أو إلى مجموعات لديها أو ليس لديها السمات القاسية غير الانفعالية ، ومثل هذه الطريقة من شأنها أن تكون متسقة مع الفكرة النظرية لاضطراب المسلك على أنه يسمح بعمل مقارنات مباشرة للمجموعات الفرعية داخل هذا النمط التشخيصي .

٢- ربط عوامل الخطورة المعروفة بالمسارات الإنمائية المختلفة :

لم تتطرق البحوث التي أجريت في الماضي على المسارات الإنمائية المختلفة لاضطراب المسلك عند دراسة عوامل الخطورة المرتبطة

بالاضطراب ، حيث يصعب تحديد عوامل الخطورة المشتركة عبر المسارات السببية المختلفة فعلى سبيل المثال فإن الإقامة في حي أو منطقة بها نسب عالية من الجريمة مع وجود معدلات مرتفعة من العنف قد ارتبط بمخاطرة متزايدة من جراء اضطراب المسلك ، ولكن ليس من الواضح ما إذا كان ذلك مرتبطاً بشكل قوى بمسار واحد أو ما إذا كان ذلك يزيد المخاطرة بالنسبة لاضطراب المسلك عبر المسارات المختلفة للاضطراب (كيمونيس وآخرون Kimonis et al. ، ٢٠٠٨) ، كما أن العيش في المناطق التي تتكاثر بها الجريمة يساعد على زيادة الاحتمال بأن يرتبط الطفل بالأقران المنحرفين ومن ثم زيادة حدوث اضطراب المسلك في مرحلة المراهقة ، ومع ذلك فإن مشاهد العنف المجتمعي يمكن أن تعوق التطور العادي للتنظيم الانفعالي بجعل الاستجابات العدوانية أكثر نفاذاً أو من الممكن أن تقلل إحساس الطفل لنتائج أو تأثيرات العنف على الآخرين ويضعف عنده نمو الاهتمام بمشاركة الغير وجدانياً ، ومن ثم فإن البحوث المستقبلية في حاجة إلى الاستمرار في اختبار كيف أن عوامل الخطورة المتعددة ترتبط بنمو اضطراب المسلك عبر المسارات الإنمائية المختلفة .

٣- توضيح السمات الانفعالية والمعرفية عبر المسارات الإنمائية المختلفة :

هناك حاجة ملحة إلى إجراء المزيد من البحوث لتوضيح دور عوامل الخطورة عبر المسارات الإنمائية لاضطراب المسلك في تطور السلوك العدواني والمعادى للمجتمع ، فعلى سبيل المثال أوضحت نتائج البحوث أن الشباب الذي لديه السمات القاسية غير الانفعالية واضطراب المسلك يُظهر أوجه عجز نفسية في استجاباته لدلائل المحنة أو الكرب عند الآخرين (كيمونيس وآخرون Kimonis et al. ، ٢٠٠٦) ، ومع ذلك فليس من

الواضح ما إذا كانت أوجه العجز هذه هي في استجابة الأطفال للمثيرات النفسية أو الانفعالية أم في معرفتهم وفهمهم لانفعالات الآخرين أو في كلا الاتجاهين للتشغيل الانفعالي ، وهذا العجز أو الضعف يتغير عبر مراحل النمو وفي هذا الصدد يرى دادس وآخرون .Dadds et al (٢٠٠٩) أن الأطفال الصغار الذين لديهم السمات القاسية غير الانفعالية أظهروا أوجه عجز في التفاعل النفسي أو الانفعالي ، بينما اظهر الأطفال الأكبر سناً والمراهقون الذين لديهم السمات القاسية غير الانفعالية مشكلات في التفاعل الانفعالي ، وتم تفسير هذه النتائج أو هذا التغير الإنمائي في ضوء سلوكيات الأطفال الذين لديهم السمات القاسية غير الانفعالية الذين يتعلمون أو يتعرفوا على الانفعالات عند الآخرين بمرور الوقت رغم أنهم مازالوا يظهرون أوجه عجز في استجاباتهم الانفعالية ، ومع ذلك فإن ما سبق هو مجرد مثال واحد للحاجة إلى إجراء المزيد من البحوث عن أنواع أوجه العجز في التجاوب الانفعالي الذي يمر به الأطفال الذين لديهم السمات القاسية غير الانفعالية عبر النمو .

٤- توضيح دور الأسلوب الوالدي عبر مسارات الاضطراب :

هناك اتجاه آخر هام للتوسع في البحوث الموجودة عن المسارات الإنمائية لاضطراب المسلك ، وهذا الاتجاه هدفه توضيح دور الأسلوب الوالدي في نمو اضطراب أو مشكلات المسلك عبر المسارات الإنمائية المختلفة ، والارتباط بين اضطراب المسلك والممارسات المختلة من جانب الوالدين قد يكون مختلفاً بالنسبة للشباب الذين لديهم والذين ليس لديهم السمات القاسية غير الانفعالية .

وأوضح ووتون وآخرون .Wootton et al (١٩٩٧) أن الممارسات الوالدية المختلة (أي الاشتراك المنخفض من جانب الوالدين ، والفشل في

استخدام التعزيز الإيجابي ، والإشراف الردئ ، والمراقبة الرديئة ، والتأديب غير المتسق ، واستخدام العقاب البدني) ارتبطت إيجابياً بمشكلات المسلك عند الأطفال الذين لا توجد لديهم السمات القاسية غير الانفعالية ، ولم ترتبط بمشكلات المسلك عند الأطفال الذين لديهم نسبة عالية من السمات القاسية غير الانفعالية ، وأظهرت نتائج بحوث هيبويل وآخرون .Hipwell et al (٢٠٠٧) ؛ وإيدنز وآخرون .Edens et al (٢٠٠٨) أن الأسلوب الوالدي العدواني والقسري أو القهري ارتبط إيجابياً بمشكلات المسلك لدى الأفراد الذين لديهم نسبة منخفضة من السمات القاسية غير الانفعالية ، وهذا يتفق مع نتائج البحوث السابقة التي أجريت في هذا الصدد ، ومع ذلك ارتبط الدفء الأسرى ارتباطاً سلبياً ودالاً بمشكلات المسلك عند هؤلاء الأفراد الذين لديهم نسبة عالية من السمات القاسية غير الانفعالية أكدته الدراسة الطولية التي أجراها كرويمان وآخرون .Kroneman et al (٢٠١١) لدى عينة من الفتيات اللاتي تتراوح أعمارهن الزمنية بين ٧ – ٨ سنوات واللاتي تم تقديرهن أو متابعتهن خلال فترة دامت خمس سنوات ، وبالتالي فبدلاً من الاقتراح بان الأسلوب الوالدي يعتبر غير هاماً عند الأطفال الذين لديهم السمات القاسية غير الانفعالية فإن الدراسات الحديثة تقترح أن الجوانب المختلفة للأسلوب الوالدي تلعب دوراً في نمو أو استمرار مشكلات المسلك اعتماداً على ما إذا كان الطفل يظهر مستويات دالة فيما يتعلق بالسمات القاسية غير الانفعالية أم لا .

الاتجاهات المستقبلية في تقدير وتشخيص الاضطراب :

١ – الاهتمام بتقدير عمر بداية الحدوث :

استناداً إلى المسارات الإنمائية لاضطراب المسلك فإن تقدير طفل أو مراهق لديه سلوكيات عدوانية ومعادية للمجتمع بشكل ملحوظ ودال يتضمن

أكثر من مجرد تقدير النوع ، والمعدل ، والحدة لمشكلات المسلك عند الطفل وعلى وجه الدقة فإنه تقدير طفل أو مراهق لديه سلوكيات عدوانية ومضادة للمجتمع يتضمن تقدير عوامل الخطورة التي تقوم بدور هام في نمو وتطور اضطراب المسلك عبر هذه المسارات ، ويتضمن أيضاً تقدير مكونين هامين لفهم أي من المسارات الإنمائية التي من المحتمل أن يكون فيها الطفل أو يتبعها الطفل ، وتتضمن هذه التركيبات توقيت بداية حدوث السلوك العدواني الحاد أو المعادى للمجتمع ، ووجود مستوى لحدة أو شدة السمات القاسية غير الانفعالية ، وفيما يتعلق ببداية حدوث الأعراض المرضية لاضطراب المسلك فهناك العديد من الاتجاهات المستقبلية الهامة للبحوث التي من شانها أن تقوم بتحسين التقدير والتشخيص .

فأولاً : ليس معروفاً تماماً العمر الدقيق لبداية الحدوث في مرحلة الطفولة ومرحلة المراهقة ، وأشارت نتائج العديد من الدراسات التي أجريت في هذا الصدد أن الشباب الذين كانوا يبلغون من العمر ١١ سنة أو أقل عند بداية حدوث مشكلاتهم السلوكية كانوا من المحتمل بدرجة أكبر بواقع مرتين على الأقل بأن يتم تشخيصهم بأن لديهم شخصية معادية للمجتمع عندما يصلون إلى مرحلة الرشد ، ومن ثم يتضح أن غالبية الدراسات حددت بداية حدوث الاضطراب في مرحلة الطفولة في سن عشر سنوات تقريباً ، وهذه الصعوبة في تحديد خط فاصل لعمر بداية الحدوث قد دفعت بعض الباحثين أن يقترحوا ، بأنه لابد من وجود أو تحديد عمر قاطع لبداية حدوث الاضطراب في مرحلة الطفولة وكذلك في مرحلة المراهقة ، واقترح هؤلاء الباحثين أن العمر الذي ظهرت فيه الأعراض المرضية الهامة والدالة أولاً ينبغي أن يظل مستمراً .

وثانياً : أن تقدير عمر بداية حدوث اضطراب المسلك يتعلق بمصاعب

التشخيص الماضية للشخص ومدى تذكره للسلوكيات الماضية ولاسيما بالنسبة للمراهقين الأكبر سناً ، والذي يجعل تحديد العمر الذي بدأ فيه الطفل إظهار مشكلات المسلك من الصعب تحديده (موفيت وآخرون Moffitt et al. ، ٢٠٠٨) ، لذلك فإن الطريقة النموذجية لتحديد عمر بداية حدوث الاضطراب تتمثل في جمع المعلومات من مصادر متعددة منها على سبيل المثال التقارير الذاتية من الأطفال أنفسهم ، وتقارير الوالدين ، والسجلات الرسمية ، واستخدام أصغر عمر يتم ذكره عبر المصادر المتعددة ، وتقارير الوالدين وكذلك تقرير الطفل يتم استخدامها لتحديد أول عمر ظهرت فيه أعراض اضطراب المسلك وهذه الطريقة تؤيدها البحوث التي أوضحت أن التقارير التي قدمها المراهقون والتقارير التي قدمها الوالدين توضح متوسط عمر بداية حدوث السلوكيات المعادية للمجتمع (داندروكس وفريك Dandreaux & Frick ، ٢٠٠٩) يضاف إلى ذلك أن التقرير الذاتي يسجل المعلومات أو السلوكيات التي لم تأت على بال أولى الأمر أو الوالدين بينما تقارير الوالدين ومراجعات السجلات تستخرج الأحداث التي يكون المراهقون راغبون في ذكرها .

٢- دمج السمات القاسية غير الانفعالية ضمن معايير الاضطراب :

يجب تطوير طرق التقدير التي تتعلق بالسمات القاسية غير الانفعالية التي يمكن استخدامها في الممارسة الكلينيكية ، ففي غالبية البحوث تم تقدير السمات القاسية غير الانفعالية باستخدام صيغ مختلفة منها المقاييس التي استخدمها الوالدين والمعلمين ، ومقاييس التقرير الذاتي ، والمقابلات الشخصية التركيبية للوالدين والشباب (أندرشيلد وآخرون Andersheld et al. ، ٢٠٠٢ ؛ مونز وفريك Munoz & Frick ، ٢٠٠٧ ؛ لاهي وآخرون Lahey et al. ، ٢٠٠٨) .

ولسوء الحظ فإن معظم هذه الأدوات تضمنت عدداً محدوداً من الفقرات التي تقدر أو تقيس السمات القاسية غير الانفعالية على نحو خاص ، وفي أغلب الأحيان كانت لا تتعدى أربع فقرات أو ست فقرات ، وبسبب هذا العدد المحدود من الفقرات فإن مقاييس السمات القاسية غير الانفعالية كانت لها بعض أوجه القصور السيكومترية الدالة مثل الاتساق الداخلي الردئ (بويثريس وآخرون .Poythress et al ، ٢٠٠٦) .

والتقدير الأكثر شمولاً للسمات القاسية غير الانفعالية تم باستخدام مقياس مكون من ٢٤ فقرة ، وهذا المقياس تم اختبار تركيبه العاملي لدى عينات من المراهقين غير المحولين إلى العيادات في ألمانيا (ن = ١٤٤٣) وفي بلجيكا (ن = ٤٥٥) ، وفي اليونان وقبرص (ن= ٣٤٧) وفي عينة من المجرمين الأحداث في الولايات المتحدة الأمريكية (ن = ٢٤٨) وعبر العينات الأربع التي تستخدم أربع لغات مختلفة كان هناك تركيب لعامل ثنائي يتناسب مع البيانات بدرجة مثلى ، مع عامل عام للسمات القاسية غير الانفعالية يفسر التباين بين جميع الفقرات ، وثلاث عوامل فرعية مستقلة هي عدم الاهتمام ، وقسوة الفؤاد ، وعدم الانفعال مما يعكس الأنماط الفريدة من نوعها للتغاير بين المجموعات (فريك Frick ، ٢٠١٢) .

وهذا المقياس يتمتع بدرجة عالية من الصدق التلازمي لارتباطه بدرجة عالية مع كل من مقاييس السلوك العدواني والسلوك المعادى للمجتمع وتؤكد هذه النتيجة أن المقياس صالح لقياس السمات القاسية غير الانفعالية ، وبالتالي يتم التغلب على المقاييس المحدودة الفقرات ، ومع ذلك فمن أجل تحقيق المزيد من التقدم في الممارسات المتعلقة بالتقدير ، وكذلك من أجل تشجيع البحوث الأساسية الإضافية على هذه المجموعة الفرعية للشباب الذي لديه سلوك معادى للمجتمع فمن الضروري جداً أهمية تضمين هذه المجموعة

المتميزة من السمات القاسية غير الانفعالية لدى الشباب الذي لديهم اضطراب المسلك في المعايير التشخيصية لهذا الاضطراب ، ولسوء الحظ فإن نتائج البحوث عن السمات القاسية غير الانفعالية يصعب ترجمتها إلى معايير أو محكات تشخيصية محددة ، كما يجب أيضاً تضمين تعريف اضطراب المسلك بشكل دقيق بحيث يتضمن بشكل دقيق سمات هامة ودالة يتعلق بقسوة الفؤاد وعدم الإنفعال (فريك ونيج Frick & Nigg ، ٢٠١٢) وعلى وجه الدقة ، فبالنسبة للأطفال الذين تنطبق عليهم المعايير الخاصة باضطراب المسلك يتم تحديد التشخيص إذا أظهر الطفل سمتين أو أكثر من السمات التاليـة خـلال الاثنى عشر شهراً على الأقل وفي أكثر من علاقة أو مكان ، ولديه نقص في تأنيب الضمير ، وقسوة الفؤاد ، وتعوزه المشاركة الوجدانية وعدم الاهتمـام بشأن الأداء في أنشطة هامة ويكون لديه وجدان ضحل أو مختل .

ويجب أن يكون توجه البحوث المستقبلية هو اختبار ما إذا كـان فـي استطاعة الكلينيكيين أن يستخدموا بطريقة موثوق فيها هذه المعايير المقترحة كاختبارات واعدة ، فعلى سبيل المثال في عينة تكونت مـن ٧٩٧٧ طفـلاً تتراوح أعمارهم من ٥ - ١٦ سنة ويعيشون فـي المملكـة المتحـدة تـم تشخيص٢% بأن لديهم اضطراب المسلك ، ٤٦% أظهروا سمتين أو أكثـر من السمات القاسية غير الانفعالية ، والمجموعة التي أظهرت السمات القاسية غير الانفعالية ظهر عليها أيضاً اضطراباً سلوكياً أكثر حدة متمثلاً في المزيد من مشكلات المسلك والقليل من السلوكيات الاجتماعية المرغوبة ، وكانـت في خطورة عالية بشكل كبير بسبب إعادة تشخيصها على أن لديها اضطراب المسلك بعد مرور ثلاث سنوات (روى وآخـرون .Rowe et al ، ٢٠٠٩) وبالمثل في دراسة لعينة من الأطفال داخل المجتمع (ن= ١١٣٦) وعينـة أخرى من الأطفال المحولين للعيادات (ن= ٥٦٦) وجد أنه فيما بين ١٠% ٥٠% منهم والذين لديهم اضطراب المسلك انطبقت علـيهم معـايير تقـدير

السمات القاسية غير الانفعالية استناداً إلى المعلومات التي تم استخدامها في التقدير ، وبالتالي كانوا أكثر حدة أو شدة في عدد من المؤشرات ، وأظهروا معدلات عالية فيما يتعلق بالعدوان والقسوة (كاهن وآخرون .Kahn et al ، ٢٠١٢) وفي عينة قوامها ١٨٦٢ فتاة يعانين من اضطراب المسلك ممن تتراوح أعمارهن بين ٦ – ٨ سنوات كان ٢% تنطبق عليهن معايير السمات القاسية غير الانفعالية ، وأظهرن أعمال الفتونة والعدوان وكان مستوى القلق لديهن أقل مما في حالة الفتيات اللاتي لديهن اضطراب المسلك بدون السمات القاسية غير الانفعالية (بارديني وآخرون .Pardini et al ، ٢٠١٢) .

الاتجاهات المستقبلية في الوقاية والعلاج من الاضطراب :

ركزت البحوث المختلفة التي اهتمت بدراسة المسارات الإنمائية لاضطراب المسلك على نقطة هامة وهى الجانب الوقائي نظراً لأن الشباب الأكثر عدوانية والذي يستمر في سلوكه المعادى للمجتمع حتى مرحلة الرشد يظهر بداية لحدوث الاضطراب المتعلق بالسلوك المعادى للمجتمع في مرحلة الطفولة ، إلى جانب أن معظم التدخلات التي ثبت أنها فعالة في علاج الظهور المبكر لمشكلات المسلك أظهرت انخفاضاً كبيراً في فاعليتها لدى الأطفال الأكبر سناً والمراهقين ، ومن هنا كان التدخل المبكر في المسار الإنمائي لمشكلات المسلك التي يبدأ حدوثها في مرحلة الطفولة هدفاً مهماً لمنع السلوك العدواني الخطير وكذلك السلوك المعادى للمجتمع فيما بعد (أيبرج وآخرون .Eyberg et al ، ٢٠٠٨) ومع ذلك فحتى هذه التدخلات تتطلب أن يكون الطفل قد أظهر بالفعل مشكلات خطيرة في المسلك ، وبالتركيز على العمليات الإنمائية التي تسبق هذه المشكلات السلوكية الخطيرة فإن ذلك يتيح الفرصة لبرامج التدخل التي تهتم بتحسين النمو الأفضل عند الأطفال الذين لديهم عوامل خطورة معينة (مثل التنظيم

الانفعالي الردئ ، والطبع الجسور الذي لا يخاف) قبل أن تظهر المشكلات السلوكية الخطيرة (فريك Frick ، ٢٠١٢) .

والمضمون الثاني لعلاج الحالة المرضية المتعلقة بالسلوك المعادى للمجتمع هو أن التدخلات ينبغي أن تكون شاملة وأن تستهدف عوامل الخطورة المتعددة ، والتي لا تعمل بمعزل عن بعضها ، وبالتالي فليس من الغريب أو المدهش أن بعض التدخلات الفعالة للسلوك المعادى للمجتمع تتضمن مكونات متعددة وليس بالأحرى أن تستهدف عامل مخاطرة واحد (بيرمان وآخرون .Bierman et al ، ٢٠٠٤) .

والمضمون الثالث للنموذج الإنمائي لاضطراب المسلك هو أن التدخلات في حاجة إلى أن تكون شاملة ، وفي نفس الوقت ينبغي أن تكون فردية النزعة نظراً لأن العمليات السببية التي تؤدى إلى حدوث السلوك المعادى للمجتمع تبدو مختلفة عن المجموعات الفرعية التي لديها اضطراب المسلك ، ومن المحتمل بدرجة كبيرة أيضاً أن العلاجات ينبغي أن تكون مختلفة عبر هذه المجموعات أيضاً ، والبحوث التي أجريت على المسارات الإنمائية المتعددة للسلوك المعادى للمجتمع توجه هذه الطرق ذات النزعة الفردية فيما يتعلق بالعلاج ، فمعرفة العمليات التنموية التي تعمل في مجموعات فرعية متعددة للشباب الذي لديه سلوك معادى للمجتمع يمكن أن تساعد في التعرف على أفضل تركيبة من الخدمات ، فعلى سبيل المثال فإن التدخلات التي تركز على تحسين نمو الهوية لدى المراهقين ، وزيادة الاتصال بالأقران ذوى السلوكيات المرغوبة مثل البرامج التي تقدم أنشطة تركيبية بعد المدرسة قد تكون فعالة بشكل خاص لدى الشباب الذي في المسار الذي يحدث في مرحلة المراهقة ، وعلى العكس فإن التدخلات التي تركز على التحكم في الغضب أو التي تركز على الأسلوب الوالدي القاسي

غير الفعال تكون أكثر كفاءة للأطفال الذين داخل مسار بداية الحدوث في مرحلة الطفولة والذين لا يظهرون السمات القاسية غير الانفعالية ولكنهم في أغلب الأحيان يظهرون مشكلات تتعلق بالتنظيم الانفعالي ، وفي أغلب الأحيان يأتون من عائلات تستخدم ممارسات مختلة في عملية التنشئة الاجتماعية (لارسون وآخرون .Larson et al ، ٢٠٠٦ ؛ فروجاتش وباترسون Forgatch & Patterson ، ٢٠١٠ ؛ فريك Frick ، ٢٠١٢) .

وتم تطوير العديد من برامج التدخل في مرحلة الطفولة المبكرة للارتقاء بالنمو الإيجابي عند الأطفال في سن ما قبل دخول المدرسة ، وعلى الرغم من أن بعض هذه البرامج أظهرت نتائج إيجابية على الطفل أو على مشكلات المسلك لديه ، إلا أنها ركزت أيضاً على منع السلوك المسبب للمشكلات وذلك من خلال تحسين روابط التعلق في العلاقة بين الطفل والأم ، والتركيز على الصحة الجسدية والنفسية للأمهات ، وهذه البرامج الخاصة بالتدخل التي استهدفت بشكل واضح المشكلات المسببة للسلوك الفوضوي عند الطفل في مرحلة الطفولة المبكرة تم دفعها عن طريق نماذج المتعلم الاجتماعي ، ومثل هذه البرامج كانت تهدف إلى تقليل التفاعلات القهرية بين الوالدين والطفل من خلال زيادة التعزيز من جانب الوالدين لسلوك الطفل الإيجابي ، وعن طريق أشكال أخرى للسلوك الوالدي الإيجابي كالأسلوب الوالدي الفعال بالإضافة إلى تعليم الوالدين طرق تحديد أو وضع الحدود بطريقة هادئة وحازمة على سبيل المثال استخدام التايم أوت Time Out أو الحرمان المؤقت ، وبالإضافة إلى ذلك فإن بعض هذه البرامج تخصص عدداً كبيراً من الجلسات لتعليم الوالدين الطرق التي تساعدهم على أن يكونوا منتبهين للدلائل أو المفاتيح التي يعرضها الطفل ، وتدريب الوالدين على مساعدة أطفالهم على تنظيم انفعالاتهم وعلى تحقيق الأهداف الدراسية (ويبستر – ستراتون وآخرون .Webster-Stratton et al ، ٢٠٠١ ؛ شاو

. (٢٠١٣ ، Shaw

وقام عدد آخر من الباحثين بإعداد برامج للتدخل تعتمد على تدريب الوالدين على الإدارة أو حسن التصرف كطريقة يمكن الاعتماد عليها لتقليل مشكلات المسلك لدى الأطفال في سن ما قبل دخول المدرسة (شاو وآخرون Shaw et al. ، ٢٠٠٦ ؛ ديشيون وآخرون Dishion et al. ، ٢٠٠٨ ؛ ويبستر - ستراتون وآخرون Webster-Stratton et al. ، ٢٠٠٨) ، وعلى الرغم من أن الكثير من هذه البحوث بدأت مع العائلات التي تسعى للحصول على خدمات كلينيكية من أجل أطفالهم الذين لديهم سلوك فوضوي في مرحلة ما قبل دخول المدرسة وذلك في مراكز أو هيئات الخدمات الصحية فإنه خلال الخمسة عشر سنة الماضية اتسع مدى العينات السكانية ليشمل جميع الأطفال المعرضين للخطر والذين تم تحديدهم عن طريق المعلمين أو عن طريق الوالدين (ديشيون وآخرون Dishion et al. ، ٢٠٠٨) .

وعلى الرغم من أن الوقاية وجهود التدخل قد حددت بعض الطرق الموثوق فيها أو التي يمكن الاعتماد عليها بالنسبة للتدخل مع الأطفال الذين يظهرون مشكلات المسلك في مرحلة الطفولة المبكرة ؛ فمن المهم جداً أن يتم توجيه جهود الوقاية إلى استخدام المواقع غير التقليدية من أجل تحديد الأطفال المعرضين للخطر ، وكذلك الأسر التي في خطورة من جراء حدوث مشكلات المسلك لأطفالهم .

والحاجة النوعية لبحوث العلاج المستقبلية هي اختبار وتحسين التدخلات بالنسبة للأطفال الذين لديهم اضطراب المسلك والذين يظهرون مستويات دالة من السمات القاسية غير الانفعالية نظراً لحدة واستمرارية مشكلاتهم السلوكية يضاف إلى ذلك أن البحوث الأولية ركزت بشكل كبير

على الحقيقة التي تفيد بأن هؤلاء الأطفال والمراهقين كان يصعب علاجهم ، وفي أغلب الأحيان كانوا لا يستجيبون للعلاجات النمطية التي تقدم في مراكز الصحة النفسية أو في مواقع رعاية الأحداث المنحرفين ، والعديد من الدراسات عن المراهقين في مراكز الأحداث المنحرفين أوضحت أن الشباب الذي لديه السمات القاسية غير الانفعالية أظهر معدلات متدنية فيما يتعلق بالاشتراك في العلاج وكانوا أكثر احتمالاً في أن يعاودوا نشاطهم الإجرامي بعد العلاج وذلك بدرجة أكبر مما في حالة المراهقين الذين لديهم نسبة منخفضة من هذه السمات (فالكينباتش وآخرون .Falkenbatch et al ، ٢٠٠٣ ؛ سباين وآخرون .Spain et al ، ٢٠٠٤) ، وبالمثل ففي حالة المرضى الداخليين في مستشفيات الطب النفسي فإن الأطفال الذين تتراوح أعمارهم من ٧ – ١١ سنة ولديهم السمات القاسية غير الانفعالية وجد أنهم أقاموا فترات أطول في المستشفيات وجربوا المزيد من التدخلات أثناء فترة علاجهم بالمستشفيات .

وفي دراسة أخرى على الأطفال الذين تتراوح أعمارهم من ٧ – ١٢ سنة ولديهم مشكلات في المسلك والذين اشتركوا في برنامج علاجي للمرضى الخارجيين وذلك في فصل الصيف ارتبطت السمات القاسية غير الانفعالية سلبياً مع ٩ من إجمالي ١٤ مقياس للنتائج ، وحتى مع التحكم في مستوى مشكلات المسلك كانت السمات القاسية غير الانفعالية مرتبطة بتقديرات رديئة من جانب الهيئة العاملة فيما يتعلق بالمهارات الاجتماعية وحل المشكلات ، وارتبطت سلبياً بالسلوكيات السلبية أثناء التوقف عن العلاج (هاس وآخرون .Hass et al ، ٢٠١١) .

وهكذا ؛ فقد أوضحت نتائج العديد من الدراسات أن الشباب الذي لديه اضطراب المسلك والسمات القاسية غير الانفعالية يعرضون تحدياً كبيراً

للعلاج ومع ذلك فإن البحوث الحديثة اقترحت أن هؤلاء الشباب من الممكن أن يستجيبوا لبعض العلاجات المكثفة ففي دراسة لعينة قوامها ١٧٧ طفلاً ممن تتراوح أعمارهم بين ٦ – ١١ سنة والذين تم تحويلهم للعيادات وكان لديهم السمات القاسية غير الانفعالية وتلقوا تدخلاً فردياً وشاملاً يتضمن العلاج الدوائي والعلاج المعرفي السلوكي والتدريب الوالدي مع الأقران أظهروا معدلات مشابهة فيما يتعلق بالتحسن عند الأطفال الآخرين الذين لديهم اضطراب المسلك (كولكو وبارديني Kolko & Pardini ، ٢٠١٠) ، وأظهرت نتائج دراسة مشابهة أن الأطفال الذين تتراوح أعمارهم من ٧ – ١٢ سنة والذين لديهم مشكلات في المسلك والسمات القاسية غير الانفعالية استجابوا بدرجة أقل للعلاج السلوكي المكثف جداً مما في حالة الأطفال الذين لديهم مشكلات في المسلك بدون وجود السمات القاسية غير الانفعالية ومع ذلك فإن هذه الفروق اختفت بشكل كبير عندما تمت إضافة الأدوية المنبهة مع استخدام العلاج السلوكي (واسكبوبش وآخرون Waschbusch et al. ، ٢٠٠٧) .

وبالإضافة إلى ذلك اقترحت البحوث أنه إذا تم تصميم التدخلات بحيث تكون معرفية أو نفسية بشكل فريد من نوعها واستخدام أساليب لزيادة الدافعية عند الأطفال والمراهقين الذين لديهم السمات القاسية غير الانفعالية تكون العلاجات فعالة بالنسبة لهذه المجموعة ، ولتوضيح ذلك ذكر هاوس ودادس Hawes & Dadds (٢٠٠٥) أن الأطفال الذين تتراوح أعمارهم من ٤ – ٩ سنوات والذين لديهم مشكلات في المسلك والسمات القاسية غير الانفعالية كانوا أقل تجاوباً للتدخل المتعلق بالوالدين عما هو الحال مع الأولاد الذين لديهم مشكلات في المسلك والذين كان لديهم نسبة منخفضة من السمات القاسية غير الانفعالية ، ومع ذلك فإن هذه الكفاءة التفاضلية لم تكن متسقة

عبر مراحل العلاج ، وهذا يعنى أن الأطفال الذين لديهم والأطفال الذين ليس لديهم السمات القاسية غير الانفعالية استجابوا بدرجة متساوية للجـزء الأول من التدخل الذي ركز على تعليم الوالدين طرق استخدام التعزيـز الايجـابي للتشجيع على إتباع السلوكيات التـي يحبـذها المجتمـع ، وعلـى العكـس فالمجموعة التي لا يوجد لديها السمات القاسية غير الانفعالية أظهرت تحسناً إضافياً مع استخدام الجزء الثاني للتدخل العلاجي الذي ركـز علـى تعلـيم الوالدين استخدام استراتيجيات التأديب الأكثر فاعلية ، وهذه النتيجة تتسق مع أسلوب الاستجابة للتوجه نحو الثواب ، والذي يُعد سمة من سمات الأطفـال الذين لديهم السمات القاسية غير الانفعالية ، وعلى نحو مشابه أوضح كالدويل وآخرون .Caldwell et al (٢٠٠٦) أن المراهقين المجرمين الذين لـديهم السمات القاسية غير الانفعالية تحسنوا عندما تم علاجهم باسـتخدام برنـامج علاجي مكثف باستخدام طرق الاتجاه نحو الإثابة مستهدفاً الفوائد أو المصالح الذاتية للمراهق وقاموا بتعليم مهارات المشاركة الوجدانية وأوضحوا أيضاً أن المراهقين المجرمين الذين لديهم نسبة عالية مـن السـمات القاسـية غيـر الانفعالية والذين تلقوا علاجاً مكثفاً كانوا أقل احتمالاً فـي أن يعـودوا إلـى ارتكاب الجرائم وذلك في فترة المتابعة التي استمرت لمدة عـامين ، وممـا لاشك فيه أن ذلك يختلف عن حالة المراهقين المجرمين الذين لديهم السمات القاسية غير الانفعالية والذين تلقوا برنامجاً علاجياً في نفس الإصلاحية .

وهكذا ؛ يتضح أنه إذا تم تصميم التدخلات العلاجية بحيث تتمشى مع السمات الفريدة من نوعها للأطفال عبر المسارات الإنمائية المختلفـة فـإن التدخل يكون فعالاً ومؤثراً بشكل كبير حتى مع الأفراد الذين لديهم مستويات عالية من السمات القاسية غير الانفعالية والذين يصعب علاجهم ومن ثم فمن الضروري أن تستمر البحوث في الكشف عن السمات الفريدة من نوعها لهذه المجموعات الفرعية من الشباب الذي لديه اضطراب المسلك ، كمـا يجـب

على المعالجين وضع هذه السمات في الاعتبار عند تصميم طـــرق الوقايـــة والعلاج .

ثبت المصطلحات

ثبت المصطلحات

A

Adolescent - Onset Conduct Disorder	اضطراب المسلك الذي يبدأ حدوثه فى مرحلة المراهقة
Adjustment Disorder	اضطراب المواءمة/ التوافق
Aggressive Outbursts	النوايا العدوانية
American Academy of Child & Adolescent Psychiatry	الأكاديمية الأمريكية للطب النفسي للأطفال والمراهقين
Attachment	التعلق أو الحب
Acting-Out Behavior	سلوك التفعيل
Aggression to People and Animals	العدوان على الناس والحيوانات
Antidepressants	مضادات الاكتئاب
Anger Management	ضبط أو إدارة الغضب
Alliance	تحالف / اتحاد / صداقة
Assertive Discipline	التأديب الجازم
Aggression Replacement Training (ART)	التدريب على استبدال العدوان
Adjustment Disorder with Disturbance of Conduct	اضطراب التوافق المصحوب باضطراب المسلك
Antisocial Personality Disorder	اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع
Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)	اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد
Adolescent Antisocial Self - Report Behavior Checklist	قائمة السلوك المضاد للمجتمع كتقرير ذاتي للمراهقين
Attention - Placebo	الانتباه الوهمي
Amenability- to - Treatment Model	نموذج القابلية للعلاج

Chronic – Care Model	نموذج رعاية الحالات المزمنة
Adopted Children	الأطفال المتبنيين (بالتبني)
Aggressive	عدواني
Aggressive Behavior	السلوك العدواني
Aggression	عدوان
Aggressiveness	عدوانية
Adolescent - Onset Type	نمط المراهقة
Automatic Nervous System	الجهاز العصبي الذاتي / التلقائي
Altruistic Behavior	السلوك الإيثاري
Antisocial Behavior	السلوك المعادى للمجتمع
Aggressive Conduct	المسلك أو التصرف العدواني
Anger Management	إدارة الغضب / ضبط الغضب
Antidepressant Drugs	الأدوية المضادة للاكتئاب
Anticonvulsive	مضاد للتشنج
Anticonvulsant Drugs	أدوية مضادة للتشنج
Arguing	المجادلة
Assessment	تقدير – تقييم
Anhedonia	فقدان الإحساس باللذة
Anticonvulsants	مضادات التشنج

B

Behavioral Therapy	العلاج السلوكي
Bullying	الفتونة /البلطجة/التنمر على الآخرين / الصياعة
Bipolar Disorder	الاضطراب ذو القطبين

Boisterousness	المرح الصاخب
Base Rates	معدلات قاعدية
Behavior Problem Checklist	قائمة المشكلات السلوكية
Behavior Modification	تعديل السلوك
Bullies	يرهب
Bipolar Disorder	الاضطراب ثنائي القطب
Borderline Personality	الشخصية الحدية
Brain Damage	تلف المخ
Bribe	رشوة
Brain Systems	أنظمة المخ
Bullies	الفتوات
Birth Complications	مضاعفات الولادة
Behavioral Contracts	التعاقدات السلوكية
Brady Cardiac	نبض بطئ

C

Coping Skills	مهارات المجاهدة
Chronic Conduct Disorder	اضطراب المسلك المزمن
Coping Style	أسلوب المجاهدة
Cognitive Functioning	الأداء الوظيفي المعرفي
Childhood-Onset Conduct Disorder	اضطراب المسلك الذي يبدأ حدوثه في مرحلة الطفولة
Constitutional	بنيوي أو تركيبي
Central Nervous System (CNS)	الجهاز العصبي المركزي
Criminality	إجرامي

Criminal Activities	أنشطة إجرامية
Cognitive Therapy	العلاج المعرفى
Communication Skills	مهارات الاتصال
Contingency Management	إدارة الطوارئ
Conflict Resolution	حل الصراع
Care	عناية / رعاية
Childhood-Onset Type	نمط الطفولة
Caregivers	مقدمي الرعاية
Comorbidity	الحالة المرضية المشتركة
Coping	المجاهدة
Contract	عقد
Cost	التكلفة
Commonest Psychiatric Disorder	أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً
Child Behavior Checklist	قائمة مراجعة سلوك الطفل
Clinical Dysfunction	اختلال الأداء الوظيفي الكلينيكي
Child Behavior Checklist (CBCL)	قائمة مراجعة سلوك الطفل
Categorical	تصنيفي / فئوي
Covert Behavior	سلوك غير ظاهر أو خفي
Cumulative	تراكمي
Conners' Parent-Teacher Rating Scales	مقاييس كونرز لتقدير الوالدين والمعلم
Child Behavior Checklist (CBCL) Teacher Report Form	استمارة تقدير المعلم على قائمة مراجعة سلوك الطفل

Conner's Teachers Questionnaire	استبيان كونرز للمعلمين
Children's Action Tendency Scale	مقياس الميل للسلوك عند الأطفال
Children's Hostility Inventory	مقياس العدائية للأطفال
Cut off Scores	الدرجات الفاصلة
Child Focused Treatments	الأساليب العلاجية المتمركزة حول الطفل
Cognitive Problem - Solving Skills Training	التدريبات على المهارات المعرفية لحل المشكلات
Confronting	المواجهة
Continuum	متصل
Chaotic	الفوضوية (فوضوي)
Child Abuse	إساءة معاملة الطفل
Child Assessment Schedule	قائمة تقييم الطفل
Cognitive Deficit	العجز أو النقص المعرفي
Compliant	مطيع
Child Interview	المقابلة الشخصية على الطفل
Cruelty	وحشية
Coercion	إجبار – قهر – إلزام
Coercion Hypothesis	فرض الإلزام أو الإجبار
Contributors	إسهامات
Contravention	مخالفة قانونية / معارضة
Contagion	عدوى أو انتقال
Psychic Contagion	عدوى نفسية
Cognitive Behavioral Therapy	العلاج المعرفي السلوكي

Course	مجرى أو سياق
Course of Development	مسار النمو
Complications	مضاعفات
CBC = Complete Blood Count	عدد كامل لكرات الدم أو صورة دم كاملة
Conduction	توصيل
Conditioning	ارتباط شرطي – اشتراط
Contingency	توافق
Callous and Unemotional Interpersonal Style (CU)	الأسلوب البينشخصي غير الانفعالي والقاسي

D

Differential Diagnosis	التشخيص الفارق
Diagnosis	التشخيص (تشخيص المرض)
Distractibility	القابلية لشرود الذهن (نحول الانتباه)
Disruptive Behavior	سلوك مضطرب / مشين / فوضوي
Destruction of Property	تدمير الممتلكات
Deceitfulness or Theft	الخداع أو السرقة
Developmental Progression	التسلسل النمائي
Disobedient	عاص/ متمرد / عاق
Deprivation	حرمان
Depressed	حزين أو كئيب
Discouragement	شئ محبط
Deviant	منحرف
Deviant Behavior	سلوك منحرف

Divorce	انفصال / طلاق
Disadvantage	عيب / خلل / ضرر
Destruction of Property	تدمير الممتلكات
Diagnostic Code	الكود التشخيصي
Deviant Peer Group	مجموعة الرفاق / الأقران المنحرفين
Day Treatment Program	برنامج الرعاية النهارية
Disruptive Behavior Disorder (DBD)	اضطراب السلوك الفوضوي
Drug Abuse	تعاطي المخدرات
Drug Therapies	العلاجات الدوائية
Drug Dependence	الاعتماد على المخدرات
Devilish	شيطاناً
Delinquency	الجناح أو الانحراف
Direct Observation	الملاحظة المباشرة
Diagnosis Interviews	المقابلات التشخيصية
Diagnosis Interview Schedule for Children	دليل المقابلة التشخيصية للأطفال
Dynamic Psychotherapy	العلاج السيكودينامى
Disruptive Disorders	اضطرابات مشينة
Deliberately	إشعال النار عمداً
Deceitfulness	خداع / احتيال
Dissocial Personality	الشخصية غير الاجتماعية
Delusional Tendencies	الميول الوهمية أو الضلالية
Dysthymia	اليأس أو القنوط

Delinquent Behavior	سلوك منحرف
Determination	إقامة تصميم ذاتي
Developmental Considerations	الاعتبارات الإنمائية أو المتعلقة بالنمو
Disturbance	اختلال
Dissocial Personality Disorder	اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع
Diana Complex	عقدة ديانا (الرغبة المكبوتة لدى الأنثى لتصبح ذكراً)
Discord	خلاف أو نشاز أو تنافر
Deficit	عجز أو نقص
Defect - Defection	خلل أو قصور أو نقص أو عيب
Discipline	تأديب – تهذيب – ضبط
Dysthymic Disorder	اضطراب الاكتئاب العصابي أو الديسثيميا

E

Etiology	علم أسباب المرض
Early Adulthood	الرشد المبكر
Expensive	مكلف
Early Onset Disorder	اضطراب مبكر الحدوث
Epidemiology	علم الأوبئة
Externalizing Disorder	اضطراب يرجع (ينسب) لعوامل خارجية
Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI)	قائمة آيبرج لسلوك الطفل
Early Onset	حدث مبكر
Encephalopathy	اعتلال الدماغ / مرض الدماغ

Empathy	مشاركة وجدانية
Extortion	ابتزاز
Epidemiological Studies	الدراسات الوبائية
Elite	نخبة / صفوة
Ethnic	سلالي – جنسي
Ethnic Differences	الفروق العرقية – الفروق الجنسية
Emotional	انفعالي أو عاطفي
Emotion	انفعال أو عاطفة
Emotionality	انفعالية – عاطفية – تأثير
Egocentrism	التمركز حول الذات
Escape Conditioning	الاشتراط الهروبي أو التجنبي

F

Frequency & Intensity	حدة السلوك واستمراره
Family Interaction Coding System (FICS)	مقياس نسق التفاعلات الأسرية
Family Focused Treatments	الأساليب العلاجية المتمركزة حول الأسرة
Family Therapy	العلاج الأسرى
Functional Family Therapy	العلاج الأسرى الوظيفي
Family - Based Treatments	العلاجات القائمة على الأسرة
Fighting	القتال / العراك
Fetal Alcohol Syndrome	الأعراض المرضية لتناول الكحول أثناء الحمل
Free Time	وقت الفراغ
Family Dysfunction	الخلل الوظيفي الأسرى

Foster Homes	البيوت البديلة (بيوت التبني)
Foster Family	الأسرة البديلة (الحاضنة)
Foster Father	الأب المتبنى
Foster Mother	الأم الحاضنة
The Family Interaction Coding System (FICS)	مقياس نسق التفاعلات الأسرية
Forgery	تزوير / تزييف
Familial Transmission	الانتقال الأسرى
Frontal Lobes	الفصوص الجبهية
Frustration	إحباط

G

Genetic Transmission	الانتقال الجيني
Group Psychotherapy	العلاج النفسي الجمعي
Group Type	ضمن عصابة (شلة)
Group Therapy	العلاج الجمعي

H

Head Injury	إصابة الرأس
Harsh Discipline	التأديب الشديد / الفظ
Helplessness	الشعور بالعجز أو قلة الحيلة أو فقدان المساعدة
Homelessness	التشرد (عدم إيجاد مأوى)
Hypertension	ارتفاع ضغط الدم
High-Strength Intervention Model	نموذج التدخل شديد التأثير
Harsh	القسوة

Hostility	العدائية
Hyperkinetic Disorder	اضطراب فرط الحركة

I

Internalising Disorder	اضطراب يرجع (ينسب) إلى عوامل داخلية
Impairment in Everyday Functioning	ضعف الأداء الوظيفي اليومي
Intermittent Explosive Disorder	الاضطراب الانفجاري المتقطع
International Classification of Diseases (ICD -10)	التصنيف الدولي للأمراض الطبعة العاشرة
Institutional Records	السجلات الخاصة بالمؤسسات الاجتماعية
Institute for Juvenile Research Behavior Checklist	قائمة السلوك التي أعدها معهد بحوث الجانحين
Intimidate	يرعب
Intimidation	التخويف
Impulse Control	التحكم / ضبط الاندفاع
Individual Therapy	العلاج الفردي
Individual Psychotherapy	العلاج النفسي الفردي
Improvement	التحسن
Inconsistent Discipline	نظام تأديبي غير منسق
Illness	مرض
Illicit	محظور – محرم – ممنوع شرعاً
Illicit Pregnancy	حمل السفاح
Incidence	حدوث / مدى تأثير
Isolation	العزلة
Intervention	التدخل العلاجي

Intensive	مركز / مكثف
Intensive Training	تدريب مكثف
Intensive Intervention	تدخل علاجي مكثف
Impairment	ضعف أو تلف أو عطب
Impulsivity	الاندفاعية
Ineffective Parenting	الأسلوب الوالدي غير الفعال
Instability	عدم الاستقرار – عدم الثبات
Illustrative Case	حالة توضيحية
Interview	مقابلة شخصية

J

Juvenile Delinquency	الأحداث الجانحين
Judicial	شرعي – قانوني
Juvenile	حدث
Juvenile Court	محكمة الأحداث

L

Long - Term Effectiveness	الفعالية طويلة الأمد
Learning Disability	صعوبات التعلم
Laying	الكذب
Long - Term Outcomes	النتائج طويلة الأمد
Late Onset Disorder	اضطراب متأخر الحدوث
Louisville Behavior Checklist	قائمة لويسفيل للسلوك
Long - Term Studies	الدراسات طويلة الأجل
Limitation	أوجه قصور أو عجز

Leukopenia	نقص كرات الدم البيضاء

M

Major Depressive Disorder	اضطراب الاكتئاب الجسيم
Maternal Depression	الاكتئاب الأمومى
Marital Discord	التنافر الزواجي
Marital Disruption	اضطراب زواجي/ كرب زواجي
Marital Distress	ضيق زواجي/ كرب زواجي
Marital Conflict	الصراع / النزاع الزواجي
Marital Violence	العنف الزواجي
Multifaceted Programs	البرامج متعددة المراحل
Multi-Systemic Therapy (MST)	العلاج متعدد النظم
Mood Disorder	اضطراب الحالة المزاجية
Medical Care	رعاية طبية
Medication	العلاج الطبى
Marital Therapy	العلاج الزواجى
Minimal Treatment	الحد الأدنى من العلاج
Multifaceted	متعدد المظاهر أو الجوانب
Mild	معتدل
Moderate	متوسط
Mugging	قطع الطريق
Molestation	المضايقة
Multiple Antisocial Behaviors	السلوكيات المتعددة المضادة للمجتمع
Moods	الطباع

Marital Discord	الخلافات الزوجية
Mood Stabilizers	مثبتات الحالة المزاجية
Modeling	النمذجة
Mild Punishment	عقاب معتدل

N

Nuclear Family	الأسرة النووية (الأسرة التي تضم الأب والأم والأولاد فقط)
Neurological Signs	العلامات العصبية
Neurological Dysfunction	خلل وظيفي عصبي
Neurological Examination	فحص عصبي (فحص الجهاز العصبى)
Neuropsychiatric	طب نفسي عصبي
Negative Emotions	انفعالات سلبية
Negative Impact	التأثير السلبي
Neurotransmitters	الناقلات العصبية
Neurological	عصبي (متعلق بالأعصاب)
Neurological Dysfunction	خلل وظيفي عصبي
Neurology	علم الأعصاب
Neuropsychological	نفسي عصبي
Nondirective Therapy	العلاج غير الموجه
National Institute of Mental Health	المعهد القومي للصحة النفسية
Nontrivial Value	سرقة أشياء تافهة
Negativism	السلبية
Nonaggressive Conduct	المسلك غير العدواني

Non - Compliant	غير مطيع
Negative Life Stressors	المنغصات الحياتية السلبية
Neurological Deficits	أوجه عجز عصبية
Negative Emotionality	التأثير السلبي
Neuroleptic Drugs	أدوية خاصة بالانقباض العصبي
Neighborhood	الجيران
Neurobiological Factors	العوامل البيولوجية العصبية

O

Overall	الإجمالي / النتيجة الإجمالية
Offenses	المخالفات
Oppositional Defiant Disorder (ODD)	اضطراب العناد والتحدي
Overt Behavior	سلوك ظاهر
Obligations	تجنب الالتزامات
Obstinate Children	الأطفال المعاندين
Offense	جريمة – جنحة
Obsessive Compulsive Disorder	اضطراب الوسواس القهري
Oppositional Behavior	سلوك معارض
Opposition	معارضة

P

Prevalence	الانتشار
Prognosis	سير المرض / مآل المرض (التنبؤ بسير المرض)
Pharmacotherapy	العلاج الدوائي (بالعقاقير)
Psychosurgery	الجراحة النفسية

Parent Training / Education Programmes	برامج تعليم / تدريب الوالدين
Parent Effectiveness Training (PET)	التدريب الفعال للوالدين
Psychomotor Seizures	نوبات (اختلالات) نفسية حركية
Promiscuity	الاختلاط الجنسي (الإباحية الجنسية) - الاتصال الجنسي غير الشرعي
Probation Officer	ضابط المراقبة
Probation	ملاحظة / اختبار
Protective Factors	عوامل الحماية (الوقاية)
Progression	تعاقب / تسلسل
Post-Traumatic Stress Disorder	اضطراب الضغوط التالية للصدمة
Psychosis	الذهان
Poor Supervision	الإشراف أو المراقبة الرديئة
Parental Disharmony	عدم الانسجام بين الزوجين
Panic Disorder	اضطراب الهلع
Parent Interview	المقابلة الشخصية مع الوالدين
Physical Illnesses	الأمراض الجسمية
Prevalent	سائد / مسيطر
Psychotherapy	العلاج النفسي
Poverty	الفقر
Problem - Solving Skills Training (PSST)	التدريب على مهارات حل المشكلات
Problem - Solving Skills	مهارات حل المشكلات

Psychodynamic Therapy	العلاج النفسي الدينامي
Psychosocial Interventions	التدخلات النفسية الاجتماعية
Peer Group Interventions	تدخلات مجموعة الرفاق
Parent Training	تدريب الوالدين
Parent Symptom Questionnaire	استبيان الأعراض المرضية من وجهة نظر الوالدين
Personality Inventory for Children	قائمة الشخصية للأطفال
Peer Nomination of Aggression Scale	مقياس تقدير الأقران للعدوانية
Prenatal	قبل الميلاد
Perinatal	قرب الميلاد
Psychotherapy	العلاج النفسي
Play Therapy	العلاج باللعب
Parent Management Training (PMT)	تدريب الوالدين على إدارة الأسرة
Processing	التجهيز
Prevention	الوقاية / المنع
Prevention Programs	برامج الوقاية أو المنع
Polarization	استقطاب
Purse Snatching	اختطاف حافظة النقود
Parental Prohibition	الخطر الوالدي
Protective Factors	العوامل الوقائية / عوامل الحماية
Program Programme	برنامج
Peer Group	جماعة الأقران أو الرفاق

Peer Evaluations	تقديرات الأقران
Pathological Gambling	المقامرة المرضية
Poor Parental - Child Relationships	العلاقات السيئة بين الوالدين والطفل
Physical Abuse	الإساءة الجسمية
Pervasive Developmental Disorder (PDD)	الاضطراب السائد المتعلق بالنمو (الاضطراب الإنمائي السائد)
Prenatal	ما قبل الولادة
Prenatal Care	الرعاية قبل الولادة – الرعاية أثناء الحمل
Placebo	الدواء الوهمي
Psychiatry	الطب النفسي
Psychiatric	متعلق بالطب النفسي
Psychiatric Disorder	اضطراب طب نفسي
Psychiatric Examination	فحص طبي نفسي
Psychiatrist	طبيب نفسي
Physical Cruelty	وحشية جسدية
Paternal Depression	الاكتئاب الأبوى (من جهة الأب)
Parents' Communication	مهارات الاتصال عند الوالدين
Psychostimulants	المنبهات النفسية
Performance	أداء
Performance IQ	نسبة الذكاء الأدائي
Poor Self - Regulation	التنظيم الردئ للذات
Psychological Complications	مضاعفات نفسية
Palpitations	خفقان القلب

R

Rabies	داء الكلب
Reports of Significant Others	تقديرات الآخرين ذوى الأهمية
Resilience	مرونة أو ليونة
Resiliency	المرونة
Residential Treatment	العـــلاج أثنـــاء الحجـــز داخـــل المستشفى (أو المصحة)
Resentment	الغلظة
Relapse	الانتكاس
Risk Factors	عوامل المخاطرة
Restlessness	التململ / التعب
Recommendations	التوصيات
Rule Violations	انتهاك القواعد
Rural	ريفي
Rural Areas	مناطق ريفية
Rural Community	مجتمع محلى ريفي
Rural Population	سكان الريف
Rural Society	مجتمع ريفي
Response Variable	متغير الاستجابة
Recidivists	مجرمين (معتادي الإجرام)
Recidivist	مجرم عائد (معتاد الإجرام)
Reciprocal	متبادل – متقابل – مقلوب
Reciprocal Inhibition	كف متبادل
Reciprocal Influence	تأثير متبادل

Recipathy	تلاقى المشاعر (بين شخصين)
Role Playing	لعب الأدوار

S

Syndrome	زملة
Self - Report Measures	مقاييس التقرير الذاتي
Self - Report Delinquency Scale	مقياس التقرير الذاتي للجناح
Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School. Age Children (SADS)	دليل الاضطرابات الانفعالية والفصام لأطفال سن المدرسة
Sutter- Eyberg Student Behavior Inventory	قائمة سوتر- آيبرج لسلوك التلاميذ
School Behavior Checklist	قائمة السلوك المدرسي
Susceptibility	الحساسية لنتائج معينة
Subclinical	دون الكلينيكى
Subclinical Levels	مستويات دون كلينيكية
Social Skills Training	التدريب على المهارات الاجتماعية
Social Cognitive Skills Training	التدريب على المهارات المعرفية الاجتماعية
School Transitional Environmental Program (STEP)	برنامج تغيير البيئة المدرسية
Specify Severity	حدة / شدة الاضطراب
Severe	حاد
Shoplifting	سرقة سلع من متجر
Solitary Aggressive Type	السلوك المتحرق العدواني
Spite	الحقد
Sociopathy	المرض الاجتماعى

Self - Mutilation	إيذاء النفسي (الذات)
Sexual Misconduct	الاعتداءات الجنسية (الزنا)
Self - Assertiveness	توكيد الذات
Somatization Disorder	اضطراب الجسدنة
Somatotherapy	العلاج الجسمي
Sophism	مغالط أو متحذلق
Side Effects	الآثار الجانبية
Short - Term Effectiveness	الفعالية / الكفاءة قصيرة الأجل
Socialized Conduct Disorder	اضطراب المسلك المشاع (المشترك بين الجماعة)
Systematic Training for Effective Parenting (STEP)	التدريب المنتظم للأسلوب الوالدي الفعال
Specific Conduct Problems	المشكلات السلوكية النوعية
Separation Anxiety Disorder	اضطراب قلق الانفصال
Self Injury	إلحاق الضرر بالذات أو النفس
Serious Violations of Rules	الانتهاكات الخطيرة للقواعد
Stealing	السرقة / الاختلاس
Suicide Behavior	السلوك الانتحاري
Suicidal	انتحاري
Social Context	السلوك الاجتماعى
Social Disadvantage	الخلل الاجتماعي
Social Deterioration	التدهور الاجتماعي
Social Disequilibrium	اختلال التوازن الاجتماعى
Social Disintegration	التفكك الاجتماعي

Social Isolation	العزلة الاجتماعية
Serious Violations of Rules	الانتهاك الخطير للقواعد
Struggle	مقاومة أو صراع
Stimulants	المنبهات
Stopping Stealing	التوقف عن السرقة
Speaking Respectfully	التكلم بأحترام
Stability	الثبات / الاستقرار
Specific Developmental Disorders	اضطرابات نمائية نوعية
Separation Anxiety	قلق الانفصال
Stabilize	ثبت - رسخ
Stabilizer	مثبت - موطد
Schizophrenic Disorders	الاضطرابات الفصامية
Schizophrenic	فصامي / مفصيوم
Schizophrenia	الفصام
Suicide	انتحار
Societal Factors	عوامل مجتمعية
Synthesis	تركيب / تأليف

T

Teasing	مضايقة
Truancy	الصياعة (الشرود)
Treatment	العلاج
Threshold	عتبة / بداية / حد
Threapeutic Relationship	العلاقة العلاجية

Therapeutic	علاجي
Threapeutic Foster Care	رعاية علاجية بديلة
Tracking Child Behavior	تتبع سلوك الطفل
Threatening	التهديد
Truant From School	يتغيب عن المدرسة
Tormenting	التعذيب
Theft	السرقة
Touchiness	الحساسية
Temperament	الحالة المزاجية (المزاج)
TSH= Thyroid - Stimulating Hormone	هرمون الغدة الدرقية
Tachy Cardiac	سرعة ضربات القلب

U

Universal Programs	البرامج العامة
Undifferentiated Type	النوع غير المحدد
Unsocialised Conduct Disorder	اضطراب المسلك غير المشـاع (غير المشترك بين الجماعة)
Urban	حضري
Urban Areas	مناطق حضرية
Urban Community	مجتمع حضري
Urban Population	سكان الحضر/ سكان المدن
Urban Society	مجتمع مدني / مجتمع حضرى
Urbanization	تحضر
Urgent	ضرورى – ملح – مستعجل

Unconditional Stimulus	مثير شرطى

V

Vandalism	التخريب المتعمد للممتلكات
Vulnerability	القابلية للإصابة
Vocational Schools	المدارس الفنية
Verbal Hostility	العداء اللفظي
Variance	تباين
Variation	تباين – تغاير
Variety	تنوع / اختلاف
Violations	مخالفة – انتهاك
Verbal	لفظي
Verbal Intelligence Quotient	نسبة الذكاء اللفظية
Victim	ضحية – فريسة – مجني عليه
Victims	ضحايا
Vulnerability	قابليته للإصابة – قابلية المرض
VS. = Versus	ضد

W

Withdrawal	انسحاب
Withdrawn Behavior	سلوك انسحابي
Warfare	قتال
Warning	إنذار – تحذير
Weakness	عجز – ضعف
Welfare	رفاهية / إنعاش

Worrying	مهموم

Y

Young Offenders	الآثمـــــون الصــــــغار أو ذوات السوابق
Yielding	استسلام / خضوع / إذعان
Youth	الشباب

قائمة المراجع

المراجع

أولاً : المراجع العربية :

آلان كازدين (٢٠٠٠) . الاضطرابات السلوكية للأطفال والمراهقين . (ترجمة) عادل عبد الله محمد القاهرة : دار الرشاد .

أحمد عكاشة (٢٠٠٣) . الطب النفسي المعاصر . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .

جمعة سيد يوسف (٢٠٠٠) . الاضطرابات السلوكية وعلاجها . القاهرة : دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع .

حسن مصطفى عبد المعطى (٢٠٠١) . الاضطرابات النفسية فى الطفولة والمراهقة : الأسباب – التشخيص – العلاج . القاهرة : دار القاهرة .

كمال سالم سيسالم (٢٠٠٢) . موسوعة التربية الخاصة والتأهيل النفسي . الإمارات العربية المتحدة : دار الكتاب الجامعي .

مجدي محمد الدسوقي (٢٠٠٦) . اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد " الأسباب – التشخيص – الوقاية والعلاج " . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .

مجدي محمد الدسوقي (٢٠١٢) . اضطراب المسلك من حيث التشخيص والأسباب وعوامل المخاطرة . المؤتمر العلمي الثالث ، كلية الآداب ، جامعة المنوفية ، ص ص ٤٣ – ٦٣ .

مجدي محمد الدسوقي (٢٠١٣ أ) فاعلية العلاج النفسي في علاج اضطراب المسلك : رؤية نفسية لتحصين الشباب في عصر

العولمة . الندوة الثانية لقسم علـم الـنفس ، كليـة العلـوم الاجتماعية ، جامعة الإمام محمد بـن سـعود الإسـلامية ، الرياض ، المملكة العربيـة السـعودية ، ص ص ٥٨٥ – ٦١٢ .

مجدي محمد الدسوقي (٢٠١٣ ب) . الإسهامات البيولوجية والاجتماعيـة والمعرفية المسئولة عن حدوث اضطراب العناد والتحـدي : رؤية نفسية لتحصين الشباب من الاضطرابات السـلوكية . المؤتمر السنوي السابع عشر ؛ مركز الإرشـاد النفسـي ، جامعة عين شمس ، ص ص ٦٣ – ٩٣ .

محمد المهدي (٢٠٠٧) . الصحة النفسية للطفل . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .

محمود عبد الرحمن حمودة (١٩٩٨) . الطفولة والمراهقـة : المشـكلات النفسية والعلاج (ط ٢) . القاهرة : مركز الطب النفسـي والعصبي للأطفال .

ثانياً : المراجع الأجنبية :

Abikoff, H., & Klein, R. G. (1992) . Attention deficit hyperactivity and conduct disorder : Comorbidity and implications for treatment . *Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 60(6), PP. 881 - 892.*

Aguilar, B. ; Sroufe, L. ; Egeland, B., & Carlson, E. (2000). Distinguishing the early-onset/ persistent and adolescence-onset antisocial behavior types: From birth to 16 years. *Development and Psychopathology, Vol. 12(2), PP. 109 - 132.*

Alexander, J. F. ; Hotzworth - Munroe, A., & Jameson, P. B. (1994) . The presses and outcome of marital and family therapy research review and evaluation . In A. F. Bergin & Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change (4th ed., pp.118 - 154)*. New York : Wiley.

Althoff, R. R. ; Rettew, D. C., & Hudziak, J. J. (2003) . Attention deficit hyperactivity disorder , oppositional defiant disorder, and conduct disorder. *Psychiatric Annals, Vol. 33 (4), PP. 245 - 252* .

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)* . Washington, DC : American Psychiatric Press.

American Psychiatric Association (2000) . *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition, text revision (DSM-IV-TR)* . Washington, DC : American Psychiatric Press .

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM - 5)* . Washington, DC : American Psychiatric Press .

Andershed, H. ; Gustafson, S. B. ; Kerr, M., & Stattin, H. (2002). The usefulness of self-reported psychopathy-like traits in the study of antisocial behaviour among non-referred adolescents. *European Journal of Personality, Vol.16(5), PP.383 - 402.*

Angold, A. ; Costello, E. J., & Erkanli, A. (1999) . Comorbidity . *Journal of Child Psychology and Psychiatry, Vol. 40(1), PP. 57 - 87.*

Angold, A. ; Erkanli, A. ; Farmer, E. M. ; Fairbank, J. A. ; Burns, B. J. ; Keeler, G., & Costello, J. (2002) .

Psychiatric disorder, impairment, and service use in rural African American and white youth . *Archives of General Psychiatry, Vol. 59(10), PP. 893 - 901 .*

Angold, A., & Costello, E. J. (1993) . Depressive comorbidity in children and adolescents : Empirical, theoretical and methodological issues . *American Journal of Psychiatry, Vol. 150(12), PP. 1779 - 1791.*

Angold, A., & Costello, E. J. (2001) . The epidemiology of disorders of conduct : Nosological issues and comorbidity. In J. Hill & B. Maughan (Eds.), *Conduct disorders in childhood and adolescence (pp. 126 - 168)*. Cambridge : Cambridge University Press .

Arseneault, L. ; Moffitt, T. E. ; Caspi, A. ; Taylor, A. ; Rijsdijk, F. V. ; Jaffee, S. R., et al. (2003) . Strong genetic effects on cross-situational antisocial behavior among 5- year-old children according to mothers, teachers, examiner-observers, and twins' self-reports. *Journal of Child Psychology & Psychiatry, Vol. 44(6), PP. 832 - 848 .*

August, G. L. ; Realmutto, G. M. ; Hektner, J. M., & Bloomquist, M. L. (2001). An integrated components preventive intervention for aggressive elementary school children : The early risers' program. *Journal of Consulting & Clinical Psychology, Vol. 69(4), PP. 614 - 626.*

Babinski, L. M. ; Hartsough, C. S., & Lambert, N. M. (1999) . Childhood conduct problems , hyperactivity-impulsivity, and inattention as predictors of adult criminal activity . *Journal of Child Psychology and Psychiatry, Vol. 40(3), PP. 347 - 355 .*

Barkley, R. A. (2003). Issues in the diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder in children. *Brain & Development, Vol.25(2), PP. 77 - 83.*

Barton, J. (2003). Conduct disorder: Intervention and prevention. *International Journal of Mental Health Promotion, Vol. 5(4), PP. 32 - 41.*

Bassarath, L. (2001) . Conduct disorder : A biopsychosocial review . *Canadian Journal of Psychiatry, Vol. 46(7), PP. 609 - 616 .*

Bear, G. G. (1998). School discipline in the United States : Prevention, correction and long-term social development. *School Psychology Review, Vol. 2(1), PP. 14 - 32.*

Bell, P. S. (2006) . Jamaican teachers' attitudes toward children with oppositional defiant disorder, conduct disorder, and attention deficit hyperactivity disorder . *Unpublished doctoral dissertation, Capella University, Minneapolis, Minnesota.*

Bennett, K. J., & Offord, D. R. (2001) . Conduct disorder : Can it be prevented ? . *Current Opinion in Psychiatry, Vol. 14(4), PP. 333 - 337 .*

Berryhill, J. C., & Prinz, R. J. (2003). Environmental interventions to enhance student adjustment: Implications for prevention. *Prevention Science, Vol. V0l. 4(2), PP. 65 - 87.*

Biederman, J. ; Mick, E. ; Iaraone, S.V., & Wozniak, J. (2004). Pediatric bipolar disorder or disruptive behavior disorder . *Primary Psychiatry, Vol. 11(9), PP. 36 - 41.*

Bieling, P. J. ; McCabe, R. E., & Antony, M. M. (2009). *Cognitive - behavioral therapy in groups*. New York : The Guilford Press.

Bierman, K. (2002) . Evaluation of the first 3 years of the fast track prevention trial with children at high risk for adolescent conduct problems . *Journal of Abnormal Child Psychology, Vol. 30(1), PP. 19 - 35* .

Bierman, K. L. ; Coie, J. D. ; Dodge, K. A. ; Foster, E. M. ; Greenberg, M. T. ; Lochman, J. E. ; McMahon, R. J., & Pinderhughes, E. E. (2004). The effects of the Fast Track program on serious problem outcomes at the end of elementary school. .*Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, Vol. 33(4), PP. 650 - 661* .

Blair, R.I. (1999) . Responsiveness to distress cues in the child with psychopathic tendencies . *Personality and Individual Differences, Vol. 27(1), PP. 135 - 145* .

Blonigen, D. M. ; Hicks, B. M. ; Krueger, R. F. ; Patrick, C. J., & Iacono, W. G. (2006). Continuity and change in psychopathic traits as measured via normal-range personality: A Longitudinal biometric study. *Journal of Abnormal Psychology, Vol. 115(1), PP. 85-95.*

Book, A. S. ; Starzyk, K. B., & Quinsey, V. L. (2001). The relationship between testosterone and aggression : A meta - analysis . *Aggression & Violent Behavior, Vol. 6, PP. 579 - 599* .

Botvin, G. J., & Griffin, K. W. (2004). Life skills training empirical findings and future directions. *The Journal of Primary Prevention, Vol. 25(2), PP.*

211 - 232.

Borduin, C. M. ; Mann, B. J. ; Cone, I. T. ; Henggeler, S. W. ; Fucei, B. R. ; Blake, D. M., & Williams, R. A. & Williams, R. A.. (1995) . Multisystemic treatment of serious juvenile offenders: Long-term prevention of criminality and violence . *Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 63(4), PP.569 - 578 .*

Boylan, K. ; Vaillancourt, T. ; Boyle, M., & Szatmari, P. (2007). Comorbidity of internalizing disorders in children with oppositional defiant disorder. *European Child & Adolescent Psychiatry, Vol.16(8), PP. 484 - 494.*

Boyle, M. ; Offord, D. ; Racine, Y. ; Szatmari, P. (1992) . Predicting substance use in late adolescence : Results from the Ontario child health study follow - up . *American Journal of Psychiatry, Vol. 149(6), PP. 761 - 767 .*

Brame, B. ; Nagin, D. S., & Tremblay, R. E. (2001) . Developmental trajectories of physical aggression from school entry to late adolescence . *Journal of Child Psychology and Psychiatry, Vol. 42(4), PP. 503 - 512.*

Bredekamp, S., & Copple, C. (1997). *Developmentally appropriate practice in early childhood programs.* Washington, Dc: National Association for the Education of Young Children.

Brestan, E. V., & Eyberg, S. M. (1998). Effective psychosocial treatments of conduct disordered children and adolescents: 29 years, 82 studies, and 5, 272 kids. *Journal of Clinical Child Psychology, Vol. 27(2),*

PP. 180 - 189.

Brinkmeyer, M. Y. (2006). Conduct disorder in young children : A comparison of clinical presentation and treatment outcome in preschoolers with conduct disorder versus oppositional defiant disorder. *Unpublished doctoral dissertation, University of Florida.*

Brinkmeyer, M. Y., & Eyberg, S. M. (2003) . Parent - child interaction therapy for oppositional children. In A. E. Kazdin & J. R. Weisz (Eds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents (pp. 204 - 223)* . New York : Guilford Press.

Brody, G. H. ; Ge, X. ; Kim, S. Y. ; Murry, V. M. ; Simons, R. L. ; Gibbons, F. X., et al. (2003) . Neighborhood disadvantage moderates associations of parenting and older sibling problem attitudes and behavior with conduct disorders in African American children . *Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 71(2), PP. 211 - 222* .

Broidy L. M. ; Nagin, D. S. ; Tremblay, R. E. ; Bates, J. E. ; Brame, B. ; Dodge, K. A., et al. (2003) . Develeopmntal trajectories of childhood disruptive behaviors and adolescent delinquency : A six-site, cross-rational study . *Developmental Psychology, Vol. 39(2), PP. 222 - 245* .

Bubier, J. L. (2010) . Co-occurrence of oppositional defiant disorder with generalized and separation anxiety disorders among inner - city children . *Unpublished doctoral dissertation, Temple University.*

Burgess, K. B. ; Marshall, P. J. ; Rubin, K. H., & Fox, N. A. (2003) . Infant attachment and temperament as

predictors of subsequent externalizing problems and cardiac physiology . *Journal of Child Psychology and Psychiatry, Vol. 44(6), PP. 819 - 831.*

Burke, J. D. ; Loeber, R., & Birmaher, B. (2002). Oppositional defiant disorder and conduct disorder : A review of the past 10 years, part II . *Journal of the American Psychiatric Association, Vol. 41(11), PP. 1275 - 1293 .*

Burke, J. D. ; Loeber, R., & Lahey B. B. (2007). Adolescent conduct disorder and interpersonal callousness as predictors of psychopathy in young adults. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, Vol.36(3), PP. 334 - 346.*

Burnette, M. L., & Newman, D. L. (2005). The natural history of conduct disorder symptoms in female inmates : On the predictive utility of the syndrome in severely antisocial women. *American Journal of Orthopsychiatry, Vol. 75 (3), PP. 421 - 430 .*

Burns, G. L. ; Walsh, J. A. ; Patterson, D. R. ; Hplte, C. S.; Somers-Flanagan, R., & Parker, C. M. (1997). Internal validity of the disruptive behavior disorder symptoms: Implications from parent ratings for a dimensional approach to symptom validity . *Journal of Abnormal Child Psychology, Vol. 25(4), PP. 307 - 319 .*

Caldwell, M. ; Skeem, J. ; Salekin, R., & Van Rybroek, G. (2006). Treatment response of adolescent offenders with psychopathy features: A 2-year follow-up. *Criminal Justice and Behavior, Vol.33(5), PP.571-596.*

Camp, B. W., & Bash, M. S. (1981). *Think aloud: Increasing social cognitive skills - a problem-solving program for children*. Champaign : Research Press .

Campbell, S. B. (2002) . *Behavior problems in preschool children: Clinical and developmental issues (2nd ed.)*. New York : Guilford Press .

Campbell, M. ; Gonzalez, N. M., & Silva, R. R. (1992) . The pharmacologic treatment of conduct disorders and rage outbursts. *Psychiatric Clinical North America, Vol. 15, PP. 69 - 85* .

Campbell, S. B. ; Pierce, E. W. ; March, C. L. ; Ewing, L. J., & Szumowski, E. K., (1994). Hard-to-manage preschool boys: Symptomatic behavior across contexts and time. *Child development, 65(3), PP. 836 - 851*

Campbell, S. B. ; Shaw, D. S., & Gilliom, M. (2000) . Early externalizing behavior problems : Toddlers and preschoolers at risk for later maladjustment . *Development and Psychopathology, Vol.12(3), PP. 467 - 488* .

Capaldi, D. M. ; Conger, R. D. ; Hops, H., & Thornberry, T. P. (2003) . Introduction to special section on three generation studies . *Journal of Abnormal Child Psychology, Vol. 31(2), PP. 123 - 125* .

Capaldi, D. M., & Eddy M. J. (2009). Oppositional defiant disorder and conduct disorder. In T. P. Gullotta & G. R. Adams (Eds.), *Handbook of adolescent behavioral problems: Evidence-based approaches to prevention and treatment (PP. 283 - 308).* New York: Springer.

Capaldi, D. M., & Patterson, G. R. (1994) . Interrelated influences of contextual factors on antisocial behavior in childhood and adolescence. In D. Fowles ; P. Sutker & S. Goodman (Eds.), *Psychopathy and antisocial personality : A developmental perspective (pp.165 - 198).* New York : Springer .

Caplan, M. ; Weissberg, R. P. ; Grober, J. S. ; Sivo, P. J. ; Grady, K., & Jacoby, C. (1992). Social competence promotion with inner-city and suburban young adolescents: Effects on social adjustment and alcohol use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 60(1), PP. 56 - 63.*

Carey, G., & Dilalla, D. (1994) . Personality and psychopathology: Genetic perspectives . *Journal of Abnormal Psychology, Vol. 103, PP. 32 - 43 .*

Caspi, A. ; McClay, J. ; Terrie, E. ; Moffitt, T. E. ; Mill, J. ; Martin, J., et al. (2002) . Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children . *Science, Vol. 297(5582), PP. 851 - 854 .*

Caspi, A., & Roberts, B. W. (2001). Personality development across the life course: The argument for change and continuity. *Psychological Inquiry, Vol.12(2), PP. 49 - 66.*

Champion, L. A. ; Goodall, G., & Rutter, M. (1995) . Behavior problems in childhood and stressors in early adult life : I. A 20 year follow - up of London school children . *Psychological Medicine, Vol. 25(2), PP. 231 - 246 .*

Chang, K. D., & Simeonova, D. I., (2004) . Mood stabilizers: Use in pediatric psychopharmacology. In H.

Steimer (Ed.), *Handbook mental health intervention in children and adolescents : An integrated developmental approach (pp. 369 - 412)* . San Francisco : Jossey - Bass.

Chang, K. D. (2004). Pediatric psychopharmacology : An overview. In H. Steiner (Ed.), *Handbook of mental health intervention in children and adolescents : An integrated developmental approach (pp. 245 - 257).* San Francisco : Jossey - Bass .

Cheny,. J. W. (2007) . Young children's stories' of love, fear and violence at home : A qualitative analysis of the narrative representations of maltreated preschool boys diagnosed with disruptive behavior, regulatory dysfunction, oppositional defiant, conduct and anxiety disorders . *Unpublished doctoral dissertation, Iowa State University, Ames, Iowa* .

Clarke, T. L. (2009) . Executive functioning and overt / covert patterns of conduct disorder symptoms in children with ADHD . *Unpublished doctoral dissertation, University of Maryland* .

Cloninger, C.R. ; Svrakic, D. M., & Przybeck, T.R. (1993) . A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry, Vol. 50(12), PP. 975 - 990* .

Cohen, P. ; Cohen, J., & Brook, J. S. (1993) . An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence : II. Persistence of disorders . *Journal of Child Psychology and Psychiatry, Vol.34(6), PP. 869 - 877* .

Coie, J. D., & Dodge, K. A. (1998). Aggression, and antisocial

behavior. In W. Damon & N. Eisenberg (Eds.), *Handbook of child psychology: Social emotional and personality development (5th ed., Vol.3, pp. 779 - 862).* New York: Wiley.

Colder, C. R. ; Lochman, J. E., & Wells, K. C. (1997) . The moderating effects of children's fear and activity level on relations between parenting practices and childhood symptomlogy . *Journal of Abnormal Child Psychology, Vol.25(3), PP. 251 - 263* .

Comer, R. J. (1998) . *Abnormal psychology (3rd ed.)* . New York : W. H. Freeman and Company .

Comings, D. E. (2000) . The role of genetics in ADHD and conduct disorder - relevance to the treatment of recidivistic antisocial behavior. In D. H. Fishbein (Ed.), *The science, treatment, and prevention of antisocial behaviors : Application to the criminal justice system (pp. 16 - 41).* Kingston, NJ : Civic Research Institute.

Connor, D. F. (1998) . Other medications in the treatment of child and adolescent CD . In R. A. Barkley (Ed.), *Attention deficit hyperactivity disorder a handbook for diagnosis and treatment (2nd ed. pp. 564 -581).* New York : Guilford Press .

Costello, E. J. ; Compton, S. N. ; Keeler, G., & Angold, A. (2003) . Relationships between poverty and psychopathology : A natural experiment . *Journal of the American Medical Association, Vol. 290(15), PP. 2023 - 2029* .

Costello, E. J. ; Keeler, G. P., & Angold, A. (2001) . Poverty race / ethnicity, and psychiatric disorder ; A study of rural children . *American Journal of Public*

Health, Vol. 91(9), PP. 1494 -1498 .

Costello, E. J. ; Mustillo, S. ; Erkanli, A. ; Keeler, G., & Angold, A. (2003) . Prevalence and development of psychiatric disorders in children and adolescence. *Archives of General Psychiatry, Vol. 60(8), PP. 837 - 844* .

Crick, N. R., & Dodge, K. A. (1994). A review and reformulation of social information processing mechanisms in children's social adjustment. *Psychological Bulletin, Vol. 115(1), PP.74 - 101.*

Crick, N. R., & Nelson, D. A. (2002) . Relational and physical victimization within friendships: Nobody told me there'd be friends like these . *Journal of Abnormal Child Psychology, Vol.30(6), PP. 599 - 607* .

Crick, N. R., & Rose, A. J. (2000) . Toward a gender-balanced approach to the study of social - emotional development : A look at relational aggression. In P. H. Miller & E. Kofsky-Scholnick (Eds.), *Toward a feminist developmental psychology (pp.153 - 168)* . Florence, K Y : Taylor & Francis Routledge .

Crowell, S. E. ; Beauchaine, T. P. ; Gatzke-Kopp, L. ; Sylvers, P. ; Mead, H., & Chipman - Chacon, J. (2006) . Autonomic correlates of attention deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder in preschool children . *Journal of Abnormal Psychology, Vol. 115(1), PP. 174 -178* .

Cueva, J. E. ; Overall, J. E. Small, A. M. ; Armenteros, J. L. ; Perry, R., & Campbell, M. (1996) . Carbamazepine in aggressive children with conduct disorder : A double-blind and placebo - controlled study .

Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol. 35(4), PP. 480 - 490 .

Cummings, E. M., & Davis, P.T. (2002) . Effects of marital conflict on children : Recent advances and emerging themes in process-oriented research . *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines, Vol. 43(1), PP. 31- 63 .*

Cunningham, C. F. ; Boyle, M. ; Offord, D. ; Racine, Y. ; Hundert, J. ; Secord, M., et al. (2000) . Tri - ministry study : Correlates of school - based parenting course utilization . *Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 68(5), PP. 928 - 933 .*

Dadds, M. R. ; Hawes, D. J. ; Frost, A. D. ; Vassallo, S.; Bunn, P. ; Hunter, K., & Merz, S. (2009). Learning to "talk the talk": The relationship of psychopathic traits to deficits in empathy across childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, Vol. 50(5), PP. 599 - 606.*

Dandreaux, D. M., & Frick, P. J. (2009). Developmental pathways to conduct problems: A further test of the childhood and adolescent-onset distinction. *Journal of Abnormal Child Psychology, Vol. 37(3), PP. 375 - 385.*

David, C. F., & Kistner, J. A. (2000) . Do positive self - perceptions have a "dark side"? Examination of the link between perceptual - bias and aggression . *Journal of Abnormal Child Psychology, Vol. 28(4), PP. 327 - 337 .*

Davison, G. C., & Neale, J. M. (1996). *Abnormal psychology (revised 6th ed.)* . New York : John Wiley & Sons,

Inc .

Day, N. L. ; Richardon, G. A. ; Goldechmidt, L., & Cornelius, M. D. (2000) . Effects of prenatal tobacco exposure on preschoolers' behavior . *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, Vol. 21(3), PP. 180 - 188* .

Deater - Deckard, K., & Dodge, K. A. (1997) . Externalizing behavior problems and discipline revisited : Nonlinear effects and variation by culture, context, and gender . *Psychological Inquiry, Vol. 8(3), PP. 161 - 175.*

Deater-Deckard, K. (2000) . Parenting and child behavioral adjustment in early childhood : A quantitative genetic approach to studying family process . *Child Development, Vol. 71(2), PP. 468 - 484* .

Dick, D.M. ; Viken, R. J. ; Kaprio, J. ; Pulkkinen, L., & Rose, R. J. (2005) . Understanding the covariation among childhood externalizing symptoms: Genetic and environmental influences on conduct disorder, attention deficit hyperactivity disorder, and oppositional defiant disorder symptoms . *Journal of Abnormal Child Psychology, Vol. 33 (2), PP. 219 - 229* .

Dishion, T. J. & Bullock, B. M. (2002) . Parenting and adolescent problem behavior : An ecological analysis of the nurturance hypothesis. In J. G. Borkowski ; S. L. Ramey & M. Bristol - Power (Eds.), *Parenting and the child's world: Influences on academic, intellectual, and social - emotional development (pp. 231 - 249)* . Mahwah, NJ : Erlbaum .

Dishion, T. J. ; French, D. C., & Patterson, G. R. (1995) . The development and ecology of antisocial behavior . In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology : Risk, disorder, and adaptation (Vol. 2, pp.421 - 471)* . New York : Wiley .

Dishion, T. J. ; McCord, J., & Poulin, F. (1999). When interventions harm peer groups and problem behavior. *American Psychologist, Vol. 54(9), PP. 755 - 764.*

Dishion, T. J. ; Shaw, D. S. ; Connell, A. ; Gardner, F. ; Weaver, C., & Wilson, M. (2008). The Family Check - up with high - risk indigent families: Preventing problem behavior by increasing parents' positive behavior support in early childhood. *Child Development, Vol. 79(5),PP. 1395 - 1414.*

Dishion, T. J., & Patterson, G. R. (1992) . Age effects in parent training outcome . *Behavior Therapy, Vol.23(4), PP. 719 - 729* .

Dodge, K. A. (1993). Social - cognitive mechanisms in the development of conduct disorder and depression. *Annual Review of Psychology, Vol. 44(1), PP. 559 - 584.*

Dodge, K. A. ; Lochman, J. E. ; Harnish, I. D. ; Bates, J. E., & Pettit, G. S. (1997). Reactive and proactive aggression in school children and psychiatrically impaired chronically assaultive youths. *Journal of Abnormal Psychology, Vol. 106(1), PP. 37 - 51.*

Dodge, K. A., & Pettit, G. S. (2003) . A biopsychosocial model of the development of chronic conduct problems in

adolescence . *Developmental Psychology, Vol. 3992), PP. 349 - 371.*

Dodge, K. A., & Price, J. M. (1994). On the relation between social information processing and socially competent behavior in early school aged children. *Child Development, Vol. 65(5), PP. 1385 - 1397.*

Dudley - Grant, G. R. (2001) . Eastern Caribbean family psychology with conduct disordered adolescents from the virgin islands . *American Psychologist, Vol. 56(1), PP. 47 - 57 .*

Durlak, J. A. ; Fuhrman, T., & Lampman, C. (1991) . Effectiveness of cognitive - behavior therapy for maladapting children : A meta analysis. *Psychological Bulletin , Vol. 110(2), PP. 204 - 214.*

Durlak, J. A. ; Fuhrman, T., & Lampman, C. (1991). Effectiveness of cognitive - behaviour therapy for maladopting children: A meta analysis. *Psychological Bulletin, Vol. 110(2), PP. 204 - 214.*

Edens, I. F. ; Skopp, N. A, & Cahill, M. A. (2008). Psychopathic features moderate the relationship between harsh and inconsistent parental discipline and adolescent antisocial behavior. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, Vol. 37(2), PP. 472 - 476.*

Eley, T. C. ; Lichenstein, P., & Moffitt, T. F. (2003) . A longitudinal behavioral genetic analysis of the etiology of aggressive and nonaggressive antisocial behavior . *Development and Psychopathology, Vol. 15(2), PP. 383 - 402 .*

Elliott, D. S. (1994) . Serious violent offenders : Onset, developmental course and termination .

Criminology, Vol. 32(1), PP. 1 - 21.

Elliott, D. S. ; Huizinga, D., & Menard, S. (1989) . *Multiple problem youth: Delinquency, substance use, and mental health problems* . New York : Springer - Verlag .

Ember, C. R., & Ember, M. (1994) . War, socialization, and interpersonal violence : A cross - cultural study . *Journal of Conflict Resolution, Vol. 38(4), PP. 620 - 646 .*

Embry, D. D. (2002). The good behavior game: A best practice candidate as a universal behavioral vaccine. *Clinical Child and Family Psychology Review, Vol. 5(4), PP. 273 - 297.*

Emslie, G. J. ; Portteus, A. M. ; Kumer, E. C., & Hune, J. H. (2004) . Antidepressants : SSRIs, and novel atypical antidepressants an update on psychopharmacology. In H. Steiner (Ed.), *Handbook of mental health intervention in children and adolescents : An integrated developmental approach (pp. 318 - 362)* . San Francissco : Jossey Bass.

Erickson, M. T. (1992) . *Behavior disorders of children and adolescents* . Englewood Cliffs, NJ : Prentice Hall .

Eyberg, S. M. ; Nelson, M. M., & Boggs, S. R. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with disruptive behavior. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, Vol. 37(1), PP. 215-237.*

Falkenbach, D. M. ; Poythress, N. G., & Heide, K. M. (2003). Psychopathic features in a juvenile diversion

population: Reliability and predictive validity of two self-report measures . *Behavior Science & Law, Vol. 21(6), PP. 787 - 805.*

Farrell, A. D. ; Meyer, A. L. ; Sullivan, T. N., & Kung, E. M. (2003). Evaluation of the responding in peaceful and positive ways (RIPP) seventh grade violence prevention curriculum. *Journal of Child and Family Studies, Vol. 12(1), PP. 101 - 120.*

Farrell, A. D. ; Meyer, A. L., & White, K. S. (2001). Evaluation of responding in peaceful and positive ways (RIPP): A school-based prevention program for reducing violence among urban adolescents. *Journal of Clinical Child Psychology, Vol. 30(4), PP. 451 - 463.*

Farrington, D. P. (1989) . Early predictors of adolescent aggression and adult violence. *Violence and Victims, Vol. 4, PP. 79 - 100* .

Farrington, D. P. (1997) . Early prediction of violent and nonviolent youth offending . *European Journal on Criminal Policy and Research, Vol.5(2), PP. 51 - 66.*

Feehan, M. ; McGee, R., & Williams, S. (1993) . Mental health disorders from age 15 to age 18 years . *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol. 32(6), PP. 1118 - 1126* .

Feindler, E. L., & Ecton, R. B. (1986). *Adolescent anger control: Cognitive - behavior techniques.* New York: Pergamon Books.

Feiner, R. D. ; Brand, S. ; Adan, A. M. ; Mulhall, P. F. ; Flowers, N. ; Sartain, B., & Dubois, D. L. (1994).

Restructuring the ecology of the school as an approach to prevention during school transitions: Longitudinal follow-up and extensions of the school transitional environment project (STEP). *Prevention in Human Services, Vol.10(2), PP.103 - 136.*

Fergusson, D. M. ; Woodward, L. J., & Horwood, L. J. (1999) . Childhood peer relationship problems and young people's involvement with deviant peers in adolescence . *Journal of Abnormal Child Psychology, Vol. 27(5), PP. 357 - 369 .*

Fergusson, D. M., & Horwood, L. J. (2002) . Male and female offending trajectories . *Development and Psychopathology, Vol. 14(1), PP. 159 - 177 .*

Fischer, M. ; Barkley, R. A. : Smallish, L., & Fletcher, K. (2002) . Young adult follow - up of hyperactive children : Self - reported psychiatric disorders, comorbidity, and the role of childhood conduct problems and teen CD . *Journal of Abnormal Psychology, Vol. 30(5), PP. 463 - 475 .*

Forgatch, M. S., & Patterson, G. R. (2010). Parent management training-Oregon model: An intervention for antisocial behavior in children and adolescents. In J. R. Weisz & A. E. Kazdin (Eds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents (2nd ed) pp. 159-177).* New York: The Guilford Press.

Frankel, F., & Feinberg, D. (2002). Social problems associated with ADHD vs. ODD in children referred for friendship problems. *Child Psychiatry & Human Development, Vol.33(2), PP. 125 - 146.*

French, D. C., & Dishion, T. (2003) . Predictors of early

initiation of sexual intercourse among high - risk adolescents . *Journal of Early Adolescence, Vol. 23, PP. 295 - 315.*

Frick. P. J. (2012). Developmental pathways to conduct disorder: Implications for future directions in research, assessment, and treatment. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, Vol. 41(3), PP. 378-389.*

Frick, P. J. (2001). Effective interventions for children and adolescents with conduct disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry, Vol. 46(7), PP. 597 - 608.*

Frick, P. J. (2000) . A comprehensive and individualized treatment approach for children and adolescents with conduct disorders . *Cognitive and Behavioral Practice, Vol. 7(1), PP. 30 - 37 .*

Frick, P. J. (1994). Family dysfunction and the disruptive behavior disorders : A review of recent empirical findings. In T. H. Ollendick & R. J. Prinz (Eds.), *Advances in clinical child psychology (Vol. 16, pp. 203 - 222)* . New York: Plenum .

Frick, P. J. (1998) . *Conduct disorders and severe antisocial behavior* . New York : Plenum .

Frick, P. I., & Nigg, J. T. (2012). Current issues in the diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, and conduct disorder. *Annual Review of Clinical Psychology. Vol. 8, PP. 77 - 107.*

Frick, P. J. ; Ray, J. V. ; Thornton, L. C., & Kahn, R. E. (2014). Can callous-unemotional traits enhance the understanding diagnosis, and treatment of serious

conduct problems in children and adolescents? : A Comprehensive review. *Psychological Bulletin, Vol.140 (1). PP. 1 - 57.*

Frick, P. J. ; Cornell, A. H., ; Barry C. T. ; Bodin, S. D., & Dane, H.A. (2003). Callous unemotional traits and developmental pathways to severe conduct problems severity, aggression, and self-report of delinquency. *Journal of Abnormal Child Psychology, Vol. 312(4), PP. 457 - 470 .*

Frick, P. J. ; Barry, C. T., & Bodin, S. D. (2000). Applying the concept of psychopathy to children implications for the assessment of antisocial youth. In C.B. Gacono (Ed.), *The clinical and forensic assessment of psychopathy: A practitioner's guide (pp. 3 - 24).* Mahwah, NJ : Lawrence Erlbaum.

Frick, P. J., & Viding, E. M. (2009). Antisocial behavior from a developmental psychopathology perspective. *Development and Psychopathology, Vol. 21(4), PP.1111-1131.*

Frick, P. J., & McMahon, R. J. (2008). Child and adolescent conduct problems. In J. Hunsley & E. J. Mash (Eds.), *A guide to assessments that work (pp. 41-66).* New York: Oxford University press.

Frick, P. J., & White, S. F. (2008). Research review: The importance of callous-unemotional traits for developmental models of aggressive and antisocial behavior. *The Journal of Child Psychology & Psychiatry, Vol. 49(4),PP. 359-375.*

Frick, P. J., & Dicknens, C. (2006). Current perspectives on conduct disorder. *Current Psychiatry Reports, Vol.8(1), PP. 59-72.*

Frick, P. J., & Marsee, M. A. (2006). Psychopathy and developmental pathways to antisocial behavior in youth. In C. J. Patrick (Ed.), *Handbook of psychopathy (pp. 355-374).* New York: The Guilford Press.

Frick, P. J., & Morris, A. S. (2004) . Temperament and developmental pathways to conduct problems . *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, Vol. 33(1), PP. 45 - 68* .

Frick, P. J., & Silverthorn, P. (2002). Psychopathology in children. In P. B. Sutker & H. E, Adams (Eds.), *Comprehensive handbook of psychopathology* (3rd *ed. pp. 881-920).* New York: Kluwer Academic Publishers.

Frick, P. J., & Ellis, M. I. (1999). Callous - unemotional traits and subtypes of conduct disorder. *Clinical Child and Family Psychology Review, Vol. 2(3), PP. 149 - 168* .

Frick, P. J. ; Lahey, B. B. ; Loeber, R. ; Stouthamer - Loeber, M. ; Christ, M. A., et al. (1992) . Familial risk factors to oppositional defiant disorder and conduct disorder : Parental psychopathology and maternal parenting . *Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 60(1), PP. 49 - 55* .

Friedberg, R. D. ; McClure, J. M., & Garcia, J. H. (2009). *Cognitive therapy techniques for children and adolescents : Tools for enhancing practice* . New York : The Guilford Press.

Gaynor, J. (2002). Firesetting . In M. Lewis (Ed.), *Child and adolescent psychiatry : A comprehensive textbook (pp. 711 - 724).* Philadelphia : Lippincott

Williams & Wilkins .

Gilvarry, E. (2000) . Substance abuse in young people . *Journal of Child Psychology and Psychiatry, Vol. 41(1), PP. 55 - 80* .

Goldstein, R. B. ; Grant, B. F. ; Ruan, W. J. ; Smith, S. M., & Saha, T. D. (2006). Antisocial personality disorder with childhood – vs. adolescence-onset conduct disorder: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *The Journal of Nervous and Mental Disease, Vol.194(9), PP. 667- 675*

Goodwin, R. D., & Hamilton, S. P. (2003). Lifetime comorbidity of antisocial personality disorder and anxiety disorders among adults in the community. *Psychiatry Research, Vol.117(2), PP. 159 -166.*

Granger, D. A. ; Shirtcliff, E. A. ; Zahn - Waxler, C. ; Usher, B. ; Klimes - Dougan B., & Hastings, P. (2003) . Salivary testosterone diurnal variation and psychopathology in adolescent males and females : Individual differences and developmental effects . *Development and Psychopathology, Vol. 15(2), PP. 431 - 449* .

Granic, I., & Dishion, T. J. (2003) . Deviant talk in adolescent friendships : A step toward measuring a pathogenic attractor process . *Social Development, Vol. 12(3), PP. 314 - 334* .

Grant, B. F. ; Hasin, D. S. ; Stainson, F. S. ; Dawson, D. A. ; Chou, S. P. ; Ruan, W. J., & Hunag, B. (2005). Co-occurrence of 12 month mood and anxiety disorders and personality disorders in the US : Results from the national epidemiologic survey on

alcohol and related conditions. *Journal of Psychiatric Research, Vol. 39(1), PP. 1- 9.*

Greenberg, M. T. ; Domitrovich, C., & Bumbarger, B. (2001). The prevention of mental disorders in school - aged children : Current state of the field. *Prevention and Treatment, Vol. 4(1), PP. 1- 62.*

Greenberg, M. T. ; Weissberg, R. P. ; O'Brien, M. U. ; Zins, J. E. ; Fredericks, L. ; Resnik, H., & Elias, M. J. (2003). Enhancing school based prevention and youth development through coordinated social, emotional, and academic learning. *American Psychologist, Vol. 58(6-7), PP. 466 - 474.*

Greenberg, M. T., & Kusche, C. A. (2006). Building social and emotional competence: The paths curriculum. In S. R. Jimerson & M. Furlong (Eds.), *Handbook of school violence and school safety: From research to practice (pp.395 - 412).* Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Greene, R. W., & Doyle, A. E. (1999) . Toward a transactional conceptualization of oppositional defiant disorder : Implications for assessment and treatment . *Clinical Child and Family Psychology Review, Vol. 2(3), PP. 129 - 148 .*

Gresham, F. M., & Lochman, J. E. (2008). Methodological issues in research using cognitive-behavioral interventions. In M. J. Mayer ; R. Van Acker ; J. E. Lochman & F. M. Gresham (Eds.), *Cognitive behavioral interventions for emotional and behavioral disorders: School-based practice (pp.58 - 81).* New York: The Guilford Press.

Grossman, D. C. ; Neckerman, H. J. ; Koepsell, T. D. ; Liu,

P-Y. ; Asher, K. N. ; Beland, K. ; Frey, K., et al. (1997). Effectiveness of a violence prevention curriculum among children in elementary school. *Journal of the American Medical Association, Vol. 277(20), PP. 1605 - 1611.*

Gureje, O. ; Omigbodun, O. ; Gater, R., & Acha, R. (1994) . Psychiatric disorders in a pediatric primary care clinic . *British Journal of Psychiatry, Vol.165, PP. 527 - 530*.

Haas, S. M. ; Waschbusch, D. A. ; Pelham, W. E. ; King, S. ; Andrade, B. F., & Carrey, N. J. (2011). Treatment response in CP/ADHD children with callous-unemotional traits. *Journal of Abnormal Child Psychology, 39(4), PP. 541-552.*

Harada, Y. ; Yamazaki, T., & Saitoh, K. (2002 a) . Psychosocial problems in attention deficit hyperactivity disorder with oppositional defiant disorder . *Psychiatry and Clinical Neuroscience, Vol. 56(4), PP. 365 - 369*.

Harada, Y., ; Satoh, Y. ; Sakuma, A. ; Imai, J. ; Tamaru, T. ; Takahashi, T., et al. (2002 b) . Behavioral and developmental disorders among conduct disorder . *Psychiatry and Clinical Neuroscience, Vol. 56(6), PP. 621 - 625* .

Harstad, E. B., & Barbaresi, W. J. (2011). Disruptive behavior disorders. In R. G. Voigt ; M. M. Macias & S. M. Myers (Eds.), *Developmental and behavioral pediatrics (pp.349-358).* Washington, DC: American Academy of Pediatrics.

Hastings, P. D. ; Zabn-Waxler, C. ; Robinson, J. ; Usher, B., & Bridges, D. (2000) . The development of concern for others in children with behavior problems .

Developmental Psychology, Vol. 36(3), PP. 531 - 546.

Hawes, D. I., & Dadds, M. R. (2005) . The treatment of conduct problems in children with callous – unemotional traits . *Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 73 (4), PP.737 - 741*.

Hawkins, J. D. ; Catalano, R. F. ; Kosterman, R. ; Abbott, R. D., & Hill, K. G. (1999). Preventing adolescent health-risk behaviors by strengthening protection during childhood. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, Vol. 153(3), PP. 226 - 234.*

Hawkins, J. D. ; Catalano, R. F. ; Morrison, D. M. ; O'Donnell, J. ; Abbott, R. D., & Day, L. E. (1992). The Seattle social development project: Effects of the first four years on protective factors and problem behaviors . In J. McCord & R. E. Tremblay (Eds.), *Preventing antisocial behavior: Intervention from birth through adolescence (pp. 111 - 130)* . New York : Guilford .

Henggeler, S. W. ; Melton, G. B., & Smith, I. A. (1992) . Family preservation using multisystemic therapy : An effective alternative to incarcerating juvenile offenders . *Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 60(6), PP. 953 - 961* .

Henggeler, S. W. ; Schoenwald, S. K. ; Borduin, C. M. ; Rowland, M. D., & Cunningham, P. B. (1998). *Multisystemic treatment of antisocial behavior in children and adolescents* . New York : Guilford .

Henggeler, S. W. ; Schoenwald, S. K., & Pickrel, S. A. (1995) . Multisystemic therapy : Bridging the gap between university and community based treatment .

Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 63(5), PP. 709 - 717.

Henggeler, S. W., & Borduin, C. M. (1990) . *Family therapy and beyond : A multisystemic approach to treating the behavior problems of children and adolescents* . Pacific Grove (CA) : Brooks / Cole.

Henggeler, S.W., & Lee, T. (2003) . Multisystemic treatment of serious clinical problems. In A. E. Kazdin & J. R. Weisz (Eds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents (pp.301-322).* New York : Guilford .

Henry, B. ; Caspi, A. ; Moffitt, T. E., & Silva, P.A. (1996) . Temperamental and familial predictors of violent and non-violent criminal convictions : From age 3 to age 18 . *Developmental Psychopathology, Vol. 32(4), PP. 614 - 623.*

Herpertz, S. C. ; Mueller, B. ; Qunaibi, M. ; Lichterfeld, C. ; Konrad, K., & Herpertz - Dahlmann, B. (2005) . Response to emotional stimuli in boys with conduct disorder . *American Journal of Psychiatry, Vol. 162 (6), PP. 1100 - 1107.*

Hilarski, C. (2004). Victimization history as a risk factor for conduct disorder behaviors : Exploring connections in a national sample youth . *Stress Trauma and Crisis, Vol. 7(1), PP. 47 - 59.*

Hill, E. L. (2004) . Executive dysfunction in autism . *Trends in Cognitive Sciences, Vol. 8(1), PP. 26 - 32.*

Hill, J. (2002) . Biological, Psychological and social processes in the conduct disorders . *Journal of Child Psychology and Psychiatry, Vol. 43 (1), PP. 133 -*

164 .

Hinshaw, S. P., & Lee, S. S. (2003) . Conduct and oppositional defiant disorders. In E. J. Mash & R. A. Barkley (Eds.), *Child psychopathology (2nd ed., pp. 144 - 198).* New York : Guilford .

Hintikka, U. ; Viinamaki, H. ; Pelkonen, M. ; Hintikka, J. ; Laukkanen, E., & Lehtonen, J. (2003) . Clinical recovery in cognitive functioning and self - image among adolescence with major depressive disorder and conduct disorder during psychiatric inpatient care . *American Journal of Orthopsychiatry, Vol. 73(2), PP. 212 - 223 .*

Hipwell, A. E. ; Pardini, D. A. ; Loeber, R. ; Sembower, M.I. ; Keenan, K., & Stouthamer-Loeber, M. (2007). Callous-unemotional behaviors in young girls: Shared and unique effects relative to conduct problems. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, Vol.36(3), PP.293 - 304.*

Hodgins, S. ; Kratzer, L., & McNeil, T. T. (2001) . Obstetrical complications, parenting and risk of criminal behavior . *Archives of General Psychiatry, Vol. 58(8), PP. 746 - 752 .*

Hogan, A. E. (1999) , Cognitive functioning in children with oppositional defiant disorder . In H. C. Quay & A. E. Hogan (Eds.), *Handbook of disruptive behavior disorders (pp.317-335).*New York : Kluwer Academic / Plenum .

Holms, D. S. (1994) . *Abnormal psychology (2nd ed.)* . New York : Harper Callins College Publishers .

Huesmann, L. R. ; Moise - Titus, J. ; Podolski, C., & Eron, L. D.

(2003) . Longitudinal relations between children's exposure to TV violence and their aggressive and violent behavior in young adulthood : 1977- 1992. *Developmental Psychology, Vol. 39(2), PP. 201 - 221 .*

Jacobson, K. C. ; Prescott, C. A., & Kendler, K. S. (2002) . Sex differences in the environmental influences on the development of antisocial behavior . *Development and Psychopathology, Vol. 14(2), PP. 395 - 416 .*

Jaffee, S. R. ; Moffitt, T. E. ; Caspi, A., & Taylor, A. (2003) . Life with (or without) father : The benefits of living with two biological parents depend on the father's antisocial behavior . *Child Development, Vol. 74(1), PP. 109 - 126 .*

Jensen, P. S. ; Martin, B. A., & Cantwell, D. P. (1997) . Comorbidity in ADHD : Implications for research, practice, and DSM - IV . *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol. 36(8), PP. 1065 - 1079 .*

Johnston, L. D. ; O'Malley, P. M., & Bachman, J. (2002) . *Monitoring the future national results on adolescent drug use : Overview of key findings, 2001 (NIH Publication No. 02-5105)* . Pethesda, MD : National Institute on Drug Abuse .

Joshi, S. V. (2004) . Psychostimulants, atomoxetine, and alpha - agonists . In H. Steimer (Ed.), *Handbook of mental health intervention in children and adolescents : An integrated developmental approach (pp. 258 - 287).* San Francisco : Jossey-Bass .

Kadesjo, C. ; Hagglof, B. ; Kadesjo, B., & Gillberg C. (2003) . Attention deficit hyperactivity disorder with and

without oppositional defiant disorder in 3-to7-year-old children . *Developmental Medicine & Child Neurology, Vol. 45(10), PP. 693 - 699*.

Kahn, R. E. ; Frick, P. J. ; Youngsirom, E.s. ; Findling, R. L., & Youngstrom, J. K. (2012). The effects of including a callous unemotional specifier for the diagnosis of conduct disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, Vol. 53(3), PP. 271-282.*

Kaufman, N. K. ; Rohde, R. ; Seeley, J. B., & Clarke, G. N. (2005) . Potential mediators of cognitive behavioral therapy for adolescents with comorbid major depression and conduct disorder . *Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 73 (1), PP. 38 - 46*.

Kazdin, A. E. (1992) . Overt and covert antisocial behavior : Child and family characteristics among psychiatric inpatient children . *Journal of Child and Family Studies, Vol. 1(1), PP. 3 - 20*.

Kazdin, A. E. (1995) . *Conduct disorders in childhood and adolescent (2nd ed.)* . Thousand Oaks (CA): Sage Publications .

Kazdin, A. E. (1996) . Combined and multimodal treatments in child and adolescent psychotherapy : Issues, challenges, and research directions . *Clinical Psychology : Science and Practice, Vol. 3(1), PP. 69 - 100*.

Kazdin, A. E. (1997a) . Problem solving and parent management in treating aggressive and antisocial behavior . In E. D. Hibbs & P. S. Jensen (Eds.), *Psychosocial treatments for child and adolescent disorders: Empirically based strategies for clinical practice*

(pp. 377 - 407). Washington, DC: American Psychological Association.

Kazdin, A. E. (1997b) . A model for developing effective treatments: Progression and interplay of theory, research, and practice . *Journal of Clinical Child Psychology, Vol. 26(2), PP. 114 - 129* .

Kazdin, A. E. (2001) . Treatment of conduct disorders. In J. Hill & B. Maughan (Eds.), *Conduct disorders in childhood and adolescence (pp. 408 - 448)* . Cambridge: Cambridge University Press .

Kazdin, A. E. (2003a) . Problem solving skills and parent management training for conduct disorder : In A. E. Kazdin & J. R. Weisz (Eds.), *Evidence based psychotherapies for children and adolescents (pp. 241 - 262).* New York: Guilford Press .

Kazdin, A. E. (2003b) . Psychotherapy for children and adolescents . *Annual Review of Psychology, Vol. 54, PP. 253 - 276* .

Kazdin, A. E. (2003c). Problem solving skills and parent management training for conduct disorder. In A. E. Kazdin & J. R. Weisz (Eds.), *Evidence based psychotherapies for children and adolescents (pp. 241-262).* New York : The Guilford Press.

Kazdin, A. E. (2004) . Treatment of conduct disorder . In J. Hill & B. Maughan (Eds.), *Conduct disorder in childhood and adolescence (pp.408-448).* Cambridge : Cambridge University Press .

Kazdin, A. E., & Whitley, M. K. (2003) . Treatment of parental stress to enhance therapeutic change among children referred for aggressive and antisocial

behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol.71(3), PP. 504 - 515 .*

Kazdin, A. F., & Wassell, G. (2000) . Therapeutic changes in children, parents and families resulting from treatment of children with conduct problems . *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol. 39(4), PP. 414 - 420 .*

Keenan, K. ; Loeber, R., & Green, S. (1999). Conduct disorder in girls: A review of the literature . *Clinical Child and Family Psychology Review, Vol.2(1), PP.3 - 19 .*

Keenan, K., & Wakschlag, L. S. (2000) . More than the terrible twos : The nature and severity of behavior problems in clinic - referred preschool children . *Journal of Abnormal Child Psychology, Vol. 28(1), PP. 33 - 46 .*

Kemph, J. P. ; DeVane, C. L. ; Levin, G. M. ; Jarecke, R., & Miller, R. L. (1993) . Treatment of aggressive children with clonidine results of an open pilot study . *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol. 32(3), PP. 577 - 581 .*

Kendall, P. (2002). Toward a research-practice-community partnership: Goin' fishing and showing slides. *Clinical Psychology: Science and Practice, Vol. 9(2), PP. 214 - 216.*

Kendall, P. C. (1991) . *Child and adolescent therapy : Cognitive behavioral procedures* . New York : Guilford Press.

Kendall, P. C., & Comer, J. S. (2010) .*Childhood disorders (2nd*

Ed.). New York : Psychology Press .

Kendall, P. C. ; Reber, M. ; McLeer, S.: Epps, J., & Roman, K. R. (1990) . Cognitive - behavioral treatment of conduct disordered children . *Cognitive Therapy and Research, Vol. 14(3), PP. 279 - 297 .*

Kendall, P. C., & Braswell, L. (1982). Cognitive-behavioral self-control therapy for children: A components analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 50(5), PP.672 - 689.*

Kessler, R .C. ; McGonagle, K. A. ; Zhao, S. ; Nelson, C. B. ; Hughes, M. ; Eshleman, S., & Wittchen, H .U. (1994). Lifetime and 12 month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry, Vol.51(1), PP. 8 -19.*

Kim-Cohen, J. ; Arseneault, L. ; Newcombe, R. ; Adams, F. ; Bolton, H. ; Cant, L. ; Delgado, K. et al. (2009). Five-year predictive validity of DSM-IV conduct research diagnosis in 4.5 -5 year old children. *European Child & Adolescent Psychiatry, Vol. 18(5), PP. 284 - 291.*

Kim-Cohen, J. ; Caspi, A. ; Moffitt, T. E. ; Harrington, H. ; Milne, B. J., & Poulton, R. (2003). Prior juvenile diagnosis in adults with mental disorder: Developmental follow-back of a prospective longitudinal cohort. *Archives of General Psychiatry, Vol. 60(7), PP. 709-717.*

Kimonis, E. R. ; Frick, P. J. ; Fazekas, H., & Loney, B. R. (2006). Psychopathy, aggression, and the processing of emotional stimuli in non-referred

girls and boys. *Behavioral Science and the Law, Vol.24(1), PP. 21-37*

Kimonis, E. R. ; Frick, P. J. ; Munoz, L. C., & Aucoin, K. J. (2008). Callous-unemotional traits and the emotional processing of distress cues in detained boys: Testing the moderating role of aggression, exposure to community violence, and histories of abuse. *Development and Psychopathology, Vol. 20(2), PP.569 - 589.*

Kimonis, E. R., & Frick, P. J. (2011). Etiology of oppositional defiant disorder and conduct disorder: Biological, familial and environmental factors identified in the development of disruptive behavior disorders. In R. C. Murrihy ; A. D. Kidman & T. H. Ollendick (Eds.), *Clinical of handbook of assessment and treating of conduct problems in youth (pp. 49-76).* New York: Springer.

Kimons, E. R., & Frick, P. J. (2010). Oppositional defiant disorder and conduct disorder grown-up. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, Vol. 31(3), PP. 244-254.*

Klein, R. G. ; Abikoff, H. ; Klass, E. ; Ganeles, D. ; Seese, L. M., & Pollack, S. (1997). Clinical efficacy of methylphenidate in conduct disorder with and without attention deficit hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry, Vol. 54(12), PP. 1073 -1080.*

Klinteberg, B. A. ; Anderson, T. ; Magnusson, D., & Stattin, H. (1993) . Hyperactive behavior in childhood as related to subsequent alcohol problems and violent offending : A longitudinal study of male subjects . *Personality and Individual Differences, Vol. 15(4),*

PP. 381 - 388 .

Kokko, K., & Pulkkinen, S. (2000) . Aggression in childhood and long-term unemployment in adulthood : A cycle of maladaptation and some protective factors . *Developmental Psychology, Vol. 36(4), PP. 463 - 472 .*

Kolko, D. J., & Pardini, D. A. (2010). ODD dimensions, ADHD, and callous-unemotional traits as predictors of treatment response in children with disruptive behavior disorders. *Journal of Abnormal Psychology, Vol. 119(4), PP. 713 - 725.*

Kooistra, L. ; Crawford, S. ; Dewey, D. ; Cantell, M., & Kaplan, B. J. (2005) . Motor correlates of ADHD : Contribution of reading disability and oppositional defiant disorder . *Journal of Learning Disabilities, Vol. 38 (3), PP. 195 - 206 .*

Kralik, M. (2009) . Conduct disorder to antisocial personality disorder in teenagers . *Unpublished master's thesis, Long Island University, Brooklyn.*

Kroneman, L. M. ; Hipwell, A. E. ; Loeber, R. ; Koot, H. M., & Pardini, D. A. (2011). Contextual risk factors as predictors of disruptive behavior disorder trajectories in girls: The moderating erred of callous-unemotional features. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry, Vol. 52(2), PP. 167-175.*

Lahey, B. B. ; Applegate, G. ; Chronis, A. M. ; Jones, H. A. ; Williams, S. H., Loney, J., & waldman,I. D. (2008). Psychometric characteristics of a measure of emotional dispositions developed to test a developmental propensity model of conduct

disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, Vol.37(4), PP.794-807.*

Lahey, B. B. ; Hart, E. L. ; Pliszka, S. ; Applegate, B., & McBurneti, K. (1993). Neurophysiological correlates of conduct disorder : A rationale and a review . *Journal of Clinical Child Psychology, Vol. 22(2), PP. 141 - 153 .*

Lahey, B. B. ; McBurnett, K., & Loeber, R. (2000) . Are attention deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder developmental precursors to conduct disorder?. In A. J. Sameroff ; M. Lewis & S. M. Miller (Eds.), *Handbook of developmental psychopathology (2nd ed., pp. 431 - 446).* New York, NY : Kluwer Academic/ Plenum.

Lahey, B. B., & Waldman, L. D. (2003) . A developmental propensity model of the origins of conduct problems during childhood and adolescence. In B. B. Lahey ; T. E. Moffitt & A. Caspi (Eds.), *Causes of conduct disorder and Juvenile delinquency (pp. 76 - 117)* . New York : The Guilford Press .

Lahey, B.B. ; Loeber, R. ; Burke, J., & Rathouz, P. J. (2002) . Adolescent outcomes of childhood conduct disorder among clinic - referred boys: Predictors of improvement. *Journal of Abnormal Child Psychology, Vol. 30(4), PP. 333 - 348 .*

Langone, K. G., & Glickman, R. M. (2006). *Disruptive behavior disorders in children and adolescents (Vol. 10, 3)* . New York University : Child Study Center.

Lansford, J. E. ; Dodge, K. A. ; Pettit G. S. ; Bates, J. E. ; Crozier, J., & Kaplow, J. (2002) . A 12 year

prospective study of the long - term effects of early child physical maltreatment on psychological, behavioral, and academic problems in adolescence :. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, Vol. 156(8), PP. 824 - 830.*

Larmar, S. A., & Griffith, T. G. (2006). Management of conduct problems in young children: A practitioner's review . *International Journal of Learning , Vol. 13(1), PP. 149 - 153.*

Larson, H. ; Andershed, H. A., & Lichtenstein, P. A. (2006). A genetic factor explains most of the variation in the psychopathic personality. *Journal of Abnormal Psychology, Vol.115(2), PP. 221- 230.*

Lee, D. H. (2006) . Comorbid oppositional defiant or conduct disorder problems in children at high-risk for ADHD : A comparison of emotional psychosocial, and behavioral adjustment. *Unpublished doctoral dissertation, University of Florida, Florida* .

LeMarquand, D. ; Tremblay, R. E., & Vitaro, F. (2004) . The prevention of conduct disorder : A review of successful and unsuccessful experiments . In J. Hill & B. Maughan (Eds.), *Conduct disorder in childhood and adolescence (pp. 449 - 477)* . Cambridge : Cambridge University Press .

Lewis, C. ; Watson, M., & Schaps, E. (2003). Building community in school: The child development project. In M. J. Elias & H. Arnold (Eds.), *EQ + IQ = best leadership practices for caring and successful schools (pp. 100 - 108).* Thousand Oaks, CA: Corwin Press.

Liabo, K., & Richardson, J. (2007) . Conduct disorder and

offending behaviour in young people ; Findings from research . London ; Jessico Kingsley Publishers .

Lindley, B. (2001) . Conduct disorder : A biopsychosocial review . *The Canadian Journal of Psychiatry, Vol. 46 (7), PP. 609 - 616* .

Lochman, J. E. (1992). Cognitive behavior intervention with aggressive boys: Three - year follow-up and preventive effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 60(3), PP. 426 - 432.*

Lochman, J. E. (2006). Translation of research into interventions. *International Journal of Behavioral Development, Vol. 30(1), PP. 31 - 38.*

Lochman, J. E. ; Barry, T. D., & Pardini, D. A. (2003) . Anger control training for aggressive youth. In A. E. Kazdin & J. R. Weisz (Eds.), *Evidence - based psychotherapies for children and adolescents (pp. 263 - 281).* New York : Guilford Press .

Lochman, J. E. ; Nelson, W. M., & Sims, J. P. (1981) . A cognitive behavioral program for use with aggressive children. *Journal of Clinical Child Psychology, Vol. 10(3), PP. 146 - 148.*

Lochman, J. E., & Pardini, D. A. (2008). Cognitive behavioral therapies. In M. Rutter ; D. Bishop ; D. Pine ; S. Scott ; J. Stevenson ; E. Taylor & A. Thapar (Eds.), *Rutter's child and adolescent psychiatry (5th ed., pp. 1026 - 1045).* London: Blackwell Publishing.

Loeber, R. ; Burke, J. D. ; Lahey B. B. ; Winters A., & Zera, M. (2000). Oppositional defiant and conduct disorder: A review of the post 10 years, part 1. *Journal of the*

American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, Vol. 39(12), PP. 1468-1484.

Loeber, R. ; Burke, J. D., & Lahey B. B. (2002). What are adolescent antecedents to antisocial personality disorder?. *Criminal Behavior and Mental Health, Vol.12(1), PP. 24 - 36.*

Loeber, R. ; Burke, J.D. ; Lahey, J. B. ; Winters, A., & Zera, M. (2000) . Oppositional defiant and conduct disorder: A review of the past 10 years, part I. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol.39(12), PP. 1468 - 1484 .*

Loeber, R. ; Keenan, K. ; Lahey, B. ; Green, S., & Thomas, C. (1993) . Evidence for developmentally based diagnoses of oppositional defiant disorder and conduct disorder . *Journal of Abnormal Child Psychology, Vol. 21(4), PP. 377 - 410 .*

Loeber, R. ; Pardini, D. A. ; Stouthamer-Loeber, M., & Eaine, A. (2007). Do cognitive, physiological, and psychosocial risk and promotive factors predict desistance from delinquency in males?. *Development and Psychopathology, Vol. 19(3), PP. 867 - 887.*

Loeber, R., & Coie, E. (2004) . Continuities and discontinuities of development, with particular emphasis on emotional and cognitive components of disruptive behavior . In J. Hill & B. Maughan (Eds.), *Conduct disorder in childhood and adolescence (pp.379-407).* Cambridge : Cambridge University Press .

Loeber, R., & Farrington, D. P. (2000). Young children who commit crime : Epidemiology, developmental

origins, risk factors, early interventions, and policy implications . *Developmental Psychopathology, Vol. 12(4), PP. 737 - 762.*

Loeber, R., & Hay, D. F. (1996) . Key issues in the development of aggression and violence from childhood to early adulthood . *Annual Review of Psychology, Vol. 48(1), PP. 371 - 410 .*

Loeber, R., & Keenan, K. (1994) . Interaction between conduct disorder and its comorbid conditions : Effects of age and gender . *Clinical Psychology Review, Vol. 14(6), PP. 497 - 523 .*

Loney, B. R. ; Taylor, J. ; Butler, M. A., & Iacono, W. G. (2007). Adolescent psychopathy features: 6-year temporal stability and the prediction of externalizing symptoms during the transition to adulthood. *Aggressive Behavior, Vol. 33(3), PP. 242 - 252.*

Lynam, D. ; Moffitt, T. E., & Stouthamer - Loeber, J. (1993) . Explaining the relation between IQ and delinquency: Race, class, test motivation, school failure, or self control . *Journal of Abnormal Psychology, Vol. 102(2), PP. 187 - 196 .*

Lynam, D. R. ; Caspi, A. ; Moffitt, T. E. ; Loeber, R., & Stouthamer-Loeber, M. (2007). Longitudinal evidence that psychopathy scores in early adolescence predict adult psychopathy. *Journal of Abnormal Psychology, Vol.116(1), PP. 155-165.*

Lynam, D. R. ; Caspi, A. ; Moffitt, T. E. ; Wikstrom, P. H. ; Loeber, R., & Novak, S. (2000) . The interaction between impulsivity and neighborhood context on offending : The effects of impulsivity are stronger

in poorer neighborhoods . *Journal of Abnormal Psychology, Vol.109(4), PP. 563 - 574 .*

Lynam, D., & Henry, B. (2001) . The role of neuropsychological deficits in conduct disorders. In J. Hill & B. Maughan (Eds.), *Conduct disorders in childhood and adolescence (pp. 235 - 263)* . Cambridge : Cambridge University Press .

Lynam, D., & Henry, B. (2004) . The role of neuropsychological deficits in conduct disorder . In J. Hill & B. Maughan (Eds.), *Conduct disorders in childhood and adolescence (pp. 230 - 263)* . Cambridge : Cambridge University Press .

Mabe, A. (2003) . Parent management training and the treatment of conduct disorder . *Journal of Forensic Psychology Practice, Vol. 3(4), PP. 61 - 72 .*

MacBrayer, E. K . ; Milich, R., & Hundley, M . (2003). Attributional biases in aggressive children and their mothers. *Journal of Abnormal Psychology, Vol. 112(4). PP. 698 - 708.*

Mannuzza, S. ; Klein, R. G. ; Abikoff, H., & Moulton, I. (2004) . Significance of childhood conduct problems to later development of conduct disorder among children with ADHD : A prospective follow - up study . *Journal of Abnormal Child Psychology, Vol. 32 (5), PP. 565 - 573 .*

Marmorstein, N. R. (2001) . The co-occurrence of major depression and conduct disorder in adolescents. *Unpublished doctoral dissertation, University of Minnesota .*

Marmorstein, N. R., & Iacono, W. G. (2001) . An investigation

of female adolescent twins with both major depression and conduct disorder . *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol. 40 (3), PP. 299 - 306* .

Mash, C. J., & Wolfe, D. A. (2007) . *Abnormal child psychology (3rd ed.)* . Belmont : Thomson Wadsworth.

Matthys, W., & Lochman, J. (2010). *Oppositional defiant disorder and conduct disorder in childhood*. Wiley -Blackwell : John Wiley & Sons .

Matthys, W. ; Van Goozen, H. M. ; Snoek, H., & Van Engeland, H. (2004) . Response perseveration, and sensitivity to reward and punishment in boys with oppositional defiant disorder . *European Child & Adolescent Psychiatry, Vol. 13 (6), PP. 362 - 364* .

Matthys, W., & Lochman, J. E. (2010). *Oppositional defiant disorder and conduct disorder in childhood.* New York: Wiley-Blackwell.

Maughan, B. (2004) . Conduct disorder in context . In J. Hill & B. Maughan (Eds.), *Conduct disorder in childhood and adolescence (pp. 169 - 201)* . Cambridge : Cambridge University Press .

Maughan, B. ; Pickles, A. ; Hagell, A. ; Rutter, M., & Yule, W.(1996). Reading problems and antisocial behavior: Developmental trends in comorbidity . *Journal of Child Psychology and Psychiatry, Vol. 37(4), PP. 405 - 418* .

Maughan, B. ; Pickles, A. ; Rowe, R. ; Costello, E. J., & Angold, A. (2000) . Developmental trajectories of aggressive and non-aggressive conduct problems . *Journal of Quantitative Criminology, Vol. 16(2),*

PP. 199 - 221 .

Maughan, B. ; Rowe, R. ; Messer, J. ; Goodman, R., & Meltzer, H. (2004) . Conduct disorder and oppositional defiant disorder in a national sample : Developmental epidemiology . *Journal of Child Psychology & Psychiatry, Vol. 45(30, PP. 609 - 621 .*

Maughan, B., & Rutter, M. (2001). Antisocial children grown up. In J. Hill & B. Maughan (Eds.), *Conduct disorders in childhood and adolescence (pp. 507-552)* . New York : Wiley - Blackwell .

McBurnett, K. ; Lahey B. B. ; Rathour, P., & Loeber, R. (2000) . Low salivary cortisol and persistent aggression in boys referred for disruptive behavior . *Archives of General Psychiatry, Vol. 57(1), PP. 38 - 43 .*

McBurnett, K. ; Lahey, B. B. ; Frick, P. J. ; Risch, C. ; Loeber, R. ; Hart, E.L. et al. (1991) . Anxiety inhibition and conduct disorders in children II : Relation to salivary cortisol . *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol. 30(2), PP. 192 - 196 .*

McCarton, C. M. ; McGee, R., & Infant Health and Development Program Research Group (1997) . Results at age 8 years of early intervention for low birth weight premature infants . *Journal of the American Medical Association, Vol. 277(2), PP. 126 - 132 .*

McMahon, R. J., & Wells, K. C. (1998) . Conduct problems. In E. J. Mash & R. A. Barkley (Eds.), *Treatment of childhood disorders (2^{nd} ed., pp. 111-207)* . New York : Guilford Press .

Meichenbaum, D. H. (1977) . *Cognitive behavior modification: An integrative approach* . New York: Plenum Press .

Meltzer, H. ; Gatward, R. ; Goodman, R., & Ford, T. (2000). *Mental health of children and adolescents in great Britain* . London : The Stationery Office .

Miller, B. G. (2006) . Conduct disorder a neurobiological, biopsychosocial, and psychological perspective : A critical review of the literature . *Unpublished doctoral dissertation, Alliant International University, San Francisco* .

Miller, G. F., & Prinz, R. J. (1990) . Enhancement of social learning family interventions for childhood conduct disorder . *Psychological Bulletin, Vol. 108(2), PP. 291- 307* .

Miller, J. D. ; Lynam, D., & Leukefeld, C. (2003) . Examining antisocial behavior through the lens of the five factor model of personality . *Aggressive Behavior, Vol. 29(6), PP. 497 - 514.*

Miller, R. F. (2005) . Parent - child relationship factors associated with the diagnosis of oppositional defiant disorder . *Unpublished doctoral dissertation, Capella University* .

Miller-Johnson, S. ; Coie, J. D. ; Maumary - Gremaud, A. ; Bierman, K., & Conduct Problems Prevention Research Group. (2002). Peer rejection and aggression and early starter models of conduct disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology, Vol.30(3), PP. 217 - 230.*

Moffit, T. E. (1993). Adolescent limited and life-course-

persistent antisocial behavior : A developmental taxonomy . *Psychological Review, Vol. 100(4), PP. 674 - 701.*

Moffitt, T. E. (2003). Life-course persistent and adolescence limited antisocial behavior: A 10-year research review and research agenda. In B. B. Lahey; T. E. Moffitt & A. Caspi (Eds.), *Causes of conduct disorder and Juvenile* delinquency (pp. 49-75). New York: The Guilford Press.

Moffitt, T. E. (2006). Life-course persistent versus adolescence limited antisocial behavior. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology: Risk, disorder, and adaptation (Vol.3, 2nd ed. pp. 570-598).* Hoboken, NJ: John Wiley & Sons Inc.

Moffitt, T. E. ; Caspi, A.; Harrington, H., & Milne, B. J. (2002) . Males on the life-course - persistent and adolescent - limited antisocial pathways : Follow - up at age 26 years. *Developmental Psychopathology, Vol. 14(1), PP. 179 - 207.*

Moffitt, T. E. ; Arseneault, L. ; Jaffee, S. R. ; Kim-Cohen, J. ; Koenen, K. C. ; Odgers, C. L. ; Slutske, W. S., et al. (2008). Research review: DSM-V conduct disorder: Research needs for an evidence base. *Journal of Child Psychology & Psychiatry, Vol. 49 (1), PP.3 - 33.*

Moffitt, T. E. ; Brammer, G. L. ; Caspi, A. ; Fawcet, J. P. ; Raleigh, M. ; Yuwiler, A., & Silva, P.A. (1998) . Whole blood serotonin relates to violence in an epidemiological study . *Biological Psychiatry, Vol. 43(6), PP. 446 - 457 .*

Moffitt, T. E. ; Caspi, A. ; Rutter, M., & Silva, P. A. (2001) . *Sex*

differences in antisocial behavior : Conduct disorder, delinquency and violence in the dunedin longitudinal study. Cambridge, England : Cambridge University Press.

Moffitt, T. E. ; Caspi, A., ; Harrington, H., & Milne, B. J. (2002). Males on the life course persistent and adolescent-limited antisocial pathways: Follow-up at age 26 years. *Development Psychopathology, Vol.14(1), PP. 179 - 207.*

Moffitt, T. E. ; Lynam, D., & Silva, P. A. (1994) . Neuropsychological tests predict persistent male delinquency . *Criminology, Vol. 32, PP. 101 - 124* .

Moffitt, T. E., & Caspi, A. (2001). Childhood predictors differentiate life-course persistent and adolescence-limited antisocial pathways among males and females. *Development and psychopathology, Vol. 13(2), PP. 355 - 375.*

Moffitt, T. E., & Lynam, D. R. (1994) . The neuropsychology of conduct disorder and delinquency: Implications for understanding antisocial behavior. In D. Fowles ; P. Sutker & S. Goodman (Eds.), *Psychopathy and antisocial personality: A developmental perspective (Vol. 18, pp. 233 - 262)* . New York : Springer .

Morrisey-kane, E., & Prinz, R. J. (1999) . Engagement in child and adolescent : The role of parental cognition and attributions . *Clinical Child and Family Psychology, Vol. 2(3), PP. 183 - 198* .

Munoz, L. C., & Frick, P. J. (2007). The reliability, stability, and predictive utility of the self-report version of the antisocial process screening device. *Scandinavian*

Journal of Psychology, Vol. 48(4), PP. 299 - 312.

Nadder, T. S. ; Rutter, M. ; Silberg, J. L. ; Maes, H. H., & Eaves, L. J. (2002). Genetic effects on the variation and covariation of attention deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder / conduct disorder symptomatologies across informant and occasion of measurement . *Psychological Medicine, Vol. 32(1), PP. 39 - 53 .*

Nagin, D. S., & Tremblay, R. E. (2001). Parental and early childhood predictors of persistent physical aggression in boys from kindergarten to high school . *Archives of General Psychiatry, Vol. 58(4), PP. 389 - 394 .*

Nevid, J. S. ; Rathus, S. A., & Greene, B. (2008). *Abnormal psychology in a changing world (7th ed.).* New Jersey : Pearson Prentice Hall .

Nolen - Hoeksema, S. (2007) . *Abnormal psychology (4th ed.).* New York : McGraw Hill .

Nottelman, E. D., & Jensen, P. S. (1995) . Comorbidity of disorders in children and adolescents : Developmental perspectives . In T. H. Ollendick & R. J. Prinz (Eds.), *Advances in clinical child psychology (Vol.17, pp.109 - 125).* New York : Plenum.

Odgers, C. L. ; Caspi, A. ; Broodbent, J. M. ; Dickson, N. ; Hancox, R. J.; Harrington, H. ; Poulton, R., et al. (2007). Prediction of differential adult health burden by conduct problem subtypes in males. *Archives of General Psychiatry, Vol. 64(4), PP. 476 - 484.*

Odgers, C. L., & Moretti, M. M. (2002) . Aggressive and antisocial girls : Research update and challenges . *International Journal of Forensic Mental Health Services, Vol. 1(2), PP. 103 - 119* .

Odgers, D. L. ; Moffitt, T. E. ; Broadbent, J. M. ; Dickson, N.T ; Hancox, R. J. ; Harrington, H. ; Poulton, R., et al. (2008). Female and male antisocial trajectories: From childhood origins to adult outcomes. *Development Psychopathology, Vol.20(2), PP. 673 - 716.*

Offord, D. (1987) . Prevention of behavioral and emotional disorders in children . *Journal of Child Psychology and Psychiatry, Vol. 28(1), PP. 9 - 19* .

Offord, D. (1990) . Conduct disorder : Risk factors and prevention. In D. P. Shaffer & N. Enzer (Eds.), *Prevention of mental disorders, alcohol and other drug use in children and adolescents (pp. 273 - 297).* Rockville (MD) : United States Department of Health and Human Services .

Offord, D. R., & Bennett, K. J. (1994). Conduct disorder : Long - term outcomes and intervention effectiveness . *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol. 33(8), PP. 1069 - 1078* .

Ohan, J. L., & Johnston, C. (2005) . Gender appropriateness of symptom criteria for attention deficit hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, and conduct disorder . *Child Psychiatry and Human development, Vol. 35(4), PP. 359 - 381.*

Olson, S. L. ; Bates, J. E. ; Sandy, J. M., & Lanthier, R. (2000). Early developmental precursors of externalizing

behavior in middle childhood and adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology, Vol.28(2), PP.119 - 133.*

Olvera, R. L. ; Semrud - Clikeman, M. ; Pliszka, S. R., & O'Donnell, L. (2005) . Neuropsychological deficits in adolescents with conduct disorder and comorbid bipolar disorder : A pilot Study . *Bipolar Disorders, Vol. 7(1), PP. 57 - 67* .

Olweus, D. (1993). Bully/victim problems among school children: Long-term consequences and an effective intervention program. In S. Hodgins (Ed.), *Mental disorder and crime (pp. 317 - 349).* Thousand Oaks, CA: Sage.

Olweus, D. (1995) . Bullying or peer abuse at school: Facts and intervention . *Current Directions in psychological Science, Vol. 4(6), PP. 196 - 200* .

Olweus, D. (2003) . Social problems in school. In A. Slater & G. Bremner (Eds.), *An introduction to developmental psychology (pp. 434 - 454)* . Malden, MA : Blackwell Publishers .

O'Reilly, D. (2005). *Conduct disorder and behavioral parent training : Research and practice* . London : Jessica Kingsley Publishers .

Pagani, L. ; Boulerice, B. ; Vitaro, F., & Tremblay, R. F. (1999) . Effects of poverty on academic failure and delinquency in boys : A change and process model approach . *Journal of Child Psychology and Psychiatry, Vol. 40(8), PP. 1209 - 1219* .

Pardini, D. ; Stepp, S. : Hipwell, A. : Stouthamer-Loeber, M., & Loeher, R. (2012). The clinical utility of the

proposed DSM-5 callous-unemotional subtype of conduct disorder in young girls. *American Journal of Child & Adolescent Psychiatry, Vol.51(1), PP. 62 - 73.*

Pardini, D. A. ; Lochman, J. E., & Frick, P. J. (2003). Callous unemotional traits and social cognitive processes in adjudicated youth. *Journal of the American Academy of Child of Adolescent Psychiatry, Vol.42(3), PP. 364 - 371.*

Pardini, D. A. ; Lochman, J. E., & Powell, N. (2007). The development of callous-unemotional traits and antisocial behavior in children : Are there shared and / or unique predictors ?. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, Vol. 36 (3), PP. 319 - 333.*

Pardini, D. A., & Loeber, R (2008). Interpersonal callousness trajectories across adolescence : Early social influences and adult outcomes. *Criminal Justice and Behavior, Vol. 35(2), PP. 173 - 196.*

Patrick, C. J. (2006). Back to the future: Cleckley as a guide to the next generation of psychopathy research. In C. J. Patrick (Ed.), *Handbook of psychopathology (pp. 605 - 618).* New York: The Guilford Press.

Patterson, G. R. (1986) . Performance models for antisocial boys . *American Psychologist, Vol. 41(4), PP. 432 - 444.*

Patterson, G. R. (1996) . Some characteristics of a developmental theory for early-onset delinquency. In M. F. Lenzen - Weger & J. J. Haugaard (Eds.), *Frontiers of developmental psychopathology (pp. 81 - 124)* . New York :

Oxford University Press .

Patterson, G. R. ; DeBaryshe, B. D., & Ramsey, E. (1989) . A developmental perspective on antisocial behavior . *American Psychology, Vol. 44(2), PP. 329 - 335* .

Patterson, G. R. ; DeGarmo, D. S., & Knutson, N. (2000). Hyperactive and antisocial behaviors: Comorbid or two points in the same process?. *Development and Psychopathology, Vol. 12(1), PP. 91 - 106.*

Patterson, G. R. ; Kapaldi, D. M., & Bank, L. (1991) . An early starter model predicting delinquency. In D. J. Pepler & K. A. Rubin (Eds.), *The development and treatment of childhood aggression (pp.139 - 168)* . Hillsdale, N J : Lawrence Erlbaum Associates .

Patterson, G. R. ; Reid, J. B., & Dishion, T. J. (1992) . *Antisocial boys* . Eugene, OR: Castalia .

Paul, C. ; Fitzjohn, J. ; Herbison, P., & Dickson, N. (2000) . The determinants of sexual intercourse before age 16 . *Journal of Adolescent Health, Vol. 27(2), PP. 136 - 147* .

Pavuluri, M. N. ; Luk, S. L. ; Clarkson, J., & McGee, R. (1995) . A community study of preschool behavior disorder in New Zealand . *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, Vol. 29(3), PP. 454 - 462* .

Pennington, B. F., & Ozonoff, S. (1996) . Executive functions and developmental psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, Vol. 37(1), PP. 51- 87.*

Pettit, G. F. ; Polaha, J. A., & Mize, J. (2001) . Perceptual and

attributional processes in aggression and conduct problems. In J. Hill & B. Maughan (Eds.), *Conduct disorders in childhood and adolescence (pp. 292 - 319)* . Cambridge : Cambridge University Press .

Pettit, G. S., & Dodge, K. A. (2003) . Violent children : Bridging development, intervention, and public policy . *Developmental Psychology, Vol. 39(2), PP. 187 - 188* .

Pine, D. S. ; Cohen, E. ; Cohen, P., & Brooke, J. S. (2000) . Social phobia and the persistence of conduct problems . *Journal of Child Psychology and Psychiatry, Vol. 41(5), PP. 657 - 665* .

Plomin, R. (1994) . *Genetics and experience : The interplay between nature and nurture* . Thousand Oaks, CA : Sage .

Poythress, N. G. ; Douglas, K. S. ; Falkenbach, D. ; Cruise, K. ; Lee, Z. ; Murrie, D. C., & Vitacco, M. (2006). Internal consistency reliability of the self-report antisocial process screening device. *Assessment, Vol.13(1), PP. 107-113.*

Prick, P. J. ; Cornell, A. H. ; Bodin, S D. ; Dane, H. E. ; Barry, C. T., & Loney, B. R. (2003). Callous-unemotional traits and developmental pathways to severe conduct problems. *Developmental Psychology, Vol. 39(2), PP. 246 - 260.*

Radu, I. (2009) . Conduct disorder and its relationship to oppositional defiant disorder factors contributing to their development . *Unpublished doctoral dissertation, University of Hartford* .

Raine, A. (2002a) . Biosocial studies of antisocial and violent

behavior in children and adults : A review . *Journal of Abnormal Child Psychology, Vol. 30(4), PP. 311 - 326*.

Raine, A. (2002b) . Annotation: The role of prefrontal deficits low autonomic arousal and early health factors in the development of antisocial and aggressive behavior in children . *Journal of Child Psychology, and Psychiatry, Vol. 43(4), PP. 417 - 434* .

Raine, A. ; Moffitt, T. E. ; Caspi, A. ; Loeber, R. ; Stouthamer-Loeber, M., & Lyman, D. (2005). Neurocognitive impairments in boys on the life course persistent antisocial path. *Journal of Abnormal Psychology, Vol. 114(1), PP. 38 - 49.*

Realmuto, G. M. ; August, C. J., & Egan, E. A. (20004) . Testing the goodness of fit of a multifaceted preventive intervention for children at risk for conduct disorder . *The Canadian Journal of Psychiatry, Vol. 49 (11), PP. 743 - 752* .

Reid, M. J. ; Webster-Stratton, C. & Baydar, N. (2004) . Halting the development of conduct problems in Head start children : The effects of parent training. *Journal of Clinical Child Psychology, and Psychiatry, Vol. 33 (2), PP. 279 - 291.*

Richman, M. ; Stevenson, J., & Grahan, P. J. (1982). *Preschool to school: A behavioral study.* London: UK: Academic Press.

Rine, A. ; Brennan, P. ; Mednick, B., & Mednick, S. (1996) . High rates of violence, crime, academic problems and behavioral problems in males with both early neuromotor deficits and unstable family environments . *Archives of General Psychiatry,*

Vol. 53(6), PP. 544 - 549 .

Robins, L. N. (1991). Conduct disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, Vol. 32(1), PP. 193 - 212 .*

Rodkin, P. C. ; Farmer, T. W., & Van Acker, R. (2000) . Heterogeneity of popular boys: Antisocial and prosocial configurations . *Developmental Psychology, Vol. 36(1), PP. 14 - 24 .*

Roeser, R. W., & Eccles, J. S. (2000) . Schooling and mental health . In A. J. Sameroff ; M. Lewis & S. M. Miller (Eds.), *Handbook of developmental psychopathology (2nd ed., pp. 135 - 156)* . New York : Kluwer Academic / Plenum Press .

Rohde, P. ; Clarke, G. N. ; Mace, D. E. ; Jorgensen, J. S., & Seeley, J. R. (2004) . An efficacy / effectiveness study of cognitive behavioral treatment for adolescents with comorbid major depression and conduct disorder . *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol. 43 (6), PP. 660 - 668 .*

Rowe, R. : Maughan, B. ; Costello, J. E., & Angold, A. (2005) . Defining oppositional defiant disorder . *Journal of Child Psychology and Psychiatry, Vol. 46 (12), PP. 1309 - 1316 .*

Rowe, R. ; Maughan, B. ; Moran, P. ; Ford, T. ; Briskman, J., & Goodman, R. (2009). The role of callous and unemotional traits in the diagnosis of conduct disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, Vol. 51(6), PP. 688 - 695.*

Rowe, R. ; Maughan, B. ; Worthman, C.M. ; Costello, E. J., &

Angold, A. (2004) . Testosterone, antisocial behavior, and social dominance in boys : Pubertal development and biosocial interaction . *Biological Psychiatry, Vol. 55(5), PP. 546 - 552* .

Rowland, M. D. ; Henggeler, S. W. ; Gordon, A. M. ; Pickrel, S. G. ; Gunningham, P. B., & Edwards, J. E. (2000) . Adapting multisystemic therapy to serve youth presenting psychiatric emergencies : Two case studies . *Child Psychology and Psychiatry Review, Vol. 5(1), PP. 30 - 43.*

Rutter, M. (1997) . Antisocial behavior : Developmental psychopathology perspectives. In D. M. Stoff ; I. Breiling & J. D. Master (Eds.), *Handbook of antisocial personality disorder (pp. 115 - 124)* . New York : Wiley .

Rutter, M. (2003) . Commentary : Causal processes leading to antisocial behavior . *Developmental Psychology, Vol. 39(2), PP. 372 - 378* .

Rutter, M. (2004) . Conduct disorder : Future directions . In J. Hill & B. Maughan (Eds.), *Conduct disorders in childhood and adolescence (pp.553-572).* Cambridge : Cambridge University Press .

Rutter, M. ; Giller, H., & Hagell, A. (1998) . *Antisocial behavior by young people* . New York : Cambridge University Press .

Sarason, I. G., & Sarason, B. R. (2006) . *Abnormal psychology : The problem of maladaptive behavior (11th ed.)* . New Delhi : Prentice - Hall of India .

Sarnes, G. M. ; Farrell, M. P., & Windle, M. (1990) . Parent-adolescent interactions in the development of

alcohol abuse and other deviant behaviors . In B. K. Barber ; B. C. Rollins (Eds.), *Parent adolescent relationships (pp. 121 - 142)* . New York : University Press .

Searight, R. H. ; Rottnek, F., & Abby, S. L. (2001). Conduct disorder : Diagnosis and treatment in primary care . *American Family Physician, Vol. 63 (8), PP. 1579 - 1588* .

Sege, R., & Dietz, W. (1994) . Television viewing and violence in children : The pediatrician as agent for change . *Pediatrics, Vol. 94(4 pt2), PP. 600 - 607* .

Seguin, J. R. ; Boulerice, B. ; Harden, P. W. ; Tremblay, R. E., & Pihl, R. O. (1999) . Executive functions and physical aggression after controlling for attention deficit hyperactivity disorder, general memory and IQ . *Journal of Child Psychology and Psychiatry, Vol. 40(8)., PP. 1197 - 1208* .

Serketich, W. J., & Dumas, J. E. (1996) . The effectiveness of behavioral parent training to modify antisocial behavior in children : A meta analysis . *Behavior Therapy, Vol. 27(2), PP. 171 - 186* .

Shaffer, D. ; Gould, M. ; Fisher, P. ; Trautman, P. ; Moreau, D. ; Kleinman, M., & Flory, M. (1996) . Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide . *Archives of General Psychiatry, Vol. 53(4), PP. 339 - 348* .

Shaw, D. S. (2013). Future directions for research on the development and prevention of early conduct problems. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, Vol.42(3), PP. 418 - 428.*

Shaw, D. S. ; Hyde, L. W., & Brennan, L. M., (2012). Early

predictors of boys' antisocial trajectories. *Development and Psychopathology, Vol.24(3), PP. 871-888.*

Shaw, D. S. ; Owens, E. B. ; Giovannelli, J., & Winslow, E. B. (2001). Infant and toddler pathways leading to early externalizing disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, Vol. 40(1), PP. 36 - 43.*

Shaw, D. S., & Gross, H. E. (2008). What we have learned about early childhood and the development of delinquency : In A. M. Lieberman (Ed.) *The long view of crime: A Synthesis of longitudinal research (pp. 79 -127).* New York: Springer.

Shaw, D. S., & Vondra, J. I. (1995) .Infant attachment security and maternal predictors of early behavior problems : A longitudinal study of low - income families . *Journal of Abnormal Child Psychology, Vol. 23(3), PP. 335 - 357 .*

Silberg J. ; Rutter, M. ; Meyer, J. ; Moes, H. ; Hewitt, J. ; Simonoff, E. ; Pickles, A., et al. (1996) . Genetic and environmental influences on the covariation between hyperactivity and conduct disturbance in juvenile twins . *Journal of Child Psychology and Psychiatry, Vol. 37(7)., PP. 803 - 816 .*

Silberg, J. ; Rutter, M. ; D'onofrio, B. ; Eaves, L. (2003). Genetic and environmental risk factors in adolescent substance use . *Journal of Child Psychology and Psychiatry, Vol. 44(5), PP. 664 - 676 .*

Silverthorn, P., & Frick, P. (1999) . Developmental pathways to antisocial behavior : The delayed - onset pathway in girls . *Development and Psychopathology, Vol.*

11(1), PP. 101 - 126.

Simonoff, E. (2004) . Genetic influences on conduct disorder . In J. Hill & B. Maughan (Eds.), *Conduct disorders in childhood and adolescence (pp. 202 - 234)* . Cambridge : Cambridge University Press .

Simonoff, E. (2001). Gene-environment interplay in oppositional defiant and conduct disorder. *Child and Psychiatric Clinics of North America, Vol. 10(2), PP. 351-374*.

Smith, C. A., & Farrington, D. P. (2004) . Continuities in antisocial behavior and parenting across three generations . *Journal of Child Psychology and Psychiatry, Vol. 45(2), PP. 230 - 247.*

Smith, P. K. ; Morita, Y. ; Junger - Tas, J. ; Olweus, D. ; Catalano, R. F., & Slee, P. (Eds.). (1999) . *The nature of school bullying : A cross - national perspective* . London : Routledge .

Smith, S. W. ; Lochman, 1. E., & Daunic, A. P. (2005). Managing aggression using cognitive-behavioral interventions: State of the practice and future directions. *Behavior Disorders, Vol. 30(3), PP. 227 - 240.*

Solomon, D. ; Battistich, V. ; Watson, M. ; Schaps, E., & Lewis, C. (2000). A six-district study of educational change: Direct and mediated effects of the child development project. *Social Psychology of Education, Vol. 4(1), PP. 3 - 51.*

Spain, S. E. ; Douglas, K. S. ; Poythress, N. G., & Epstein, M. (2004). The relationship between psychopathic features, violence, and treatment outcome : The comparison of three measures of psychopathic

features. *Behavior Science & Law, Vol.22(1), PP. 85 - 102.*

Speltz, M. L. ; Deklyen, M. ; Colderon, R. ; Greenberg, M. T., & Fisher, P. A. (1999) . Neuropsychological characteristics and test behaviors of boys with early onset conduct problems . *Journal of Abnormal Psychology, Vol. 108(2), PP. 315 - 325* .

Spitzer, R. L. ; Gibbon, M. ; Skodol, A. E. ; Williams, J. B. W., & First, M. G. (1989) . *DSM - III - R casebook* . Washington DC: American Psychiatric Press.

Stouthamer - Loeber M. ; Loeber, R. ; Homish, D., & Wei, E. (2001).Maltreatment of boys and the development of disruptive and delinquent behavior . *Development & Psychopathology, Vol. 13(4), PP. 941 - 955* .

Stringaris, A., & Goodman, R. (2009). Longitudinal outcome of youth oppositionality: Irritable, headstrong and hurtful behaviors have distinctive predictions. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, Vol. 48(4), PP. 404 - 412.*

Sutker, P. B. (1994) . Psychopathy : Traditional and clinical antisocial concepts . In D. C. Fowles ; P. Sutker & S. H. Goodman (Eds.), *Progress in experimental personality and psychopathology research (pp. 73 - 120).* New York : Springer .

Tate, D. C. ; Reppucci, N. D., & Mulvey, E. P. (1995) . Violent juvenile delinquents : Treatment effectiveness and implications for action . *American Psychologist, Vol. 50(9), PP. 777 - 781.*

Taub, J. (2001). Evaluation of the second step violence

prevention program at a rural elementary school. *School Psychology Review, Vol. 31(2), PP.186 - 200.*

Taylor, J. ; Jacono, W. G., & McGue M. (2000) . Evidence for a genetic etiology of early-onset delinquency . *Journal of Abnormal Psychology, Vol. 109(4), PP. 634 - 643 .*

Taylor, T. K., & Biglan, A. (1998). Behavioral family interventions for improving child-rearing: A review of the literature for clinicians and policy makers. *Clinical Child and Family Psychology Review, Vol. 1(1), PP. 41- 60.*

Tervo, R. (2005) . Conduct disorder among Canadian children 10 - 15 years old . *Unpublished doctoral dissertation, University of New Brunswick .*

Thomson, M. J; Stevenson, J. ; Sonuga - Barke, E., & Nott, P. (1996) . Mental health of preschool children and their mothers in a mixed urban/rural population : I. Prevalence and ecological factors . *British Journal of Psychiatry, Vol. 168, PP. 16 - 20 .*

Tiet, Q. Q. ; Wasserman, G. A., ; Loeber, R. ; McReynolds, L. S., & Miller, L. S. (2001) . Developmental and sex differences in types of conduct problems . *Journal of Child & Family Studies, Vol. 10(2), PP. 181 - 197 .*

Tingstrom, D. H. ; Sterling - Turner, H. E., & Wilczynski, S, M. (2006). The good behavior game : 1969 - 2002 . *Behavior Modification, Vol. 30(2), PP. 225 - 253 .*

Todd, A. W. ; Haugen, L. ; Anderson, K., & Spriggs, M. (2002). Teaching recess: Low-cost efforts producing

effective results. *Journal of Positive Behavior Interventions, Vol. 4(1), PP. 46 - 52.*

Todd, R. D. ; Swarzenski, B. ; Crossi, P. G., & Visconti, P. (1995) . Structural and functional development of the human brain. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology (Vol.1, pp.*117 - 157 *).* New York: Wiley.

Tolan, P. H. ; Gorman - Smith, D., & Henry, D. B. (2003) . The developmental ecology of urban males' youth violence . *Developmental Psychology, Vol. 39(2), PP. 274 - 291.*

Tolan, P. H., & Gorman-Smith, D. (1997) . Families and the development of urban children. In O. Reyes ; H. Walberg & R. Weissberg (Eds.), *Interdisciplinary perspectives on children and youth (pp. 67-91).* Newbury Park (NJ) : Sage .

Tolan, P. H., & Thomas, P. (1995) . The implications of age of onset for delinquency risk II: Longitudinal data . *Journal of Abnormal Child Psychology, Vol. 23(2), PP. 157 - 181.*

Toupin, J. ; Dery, M. ; Pauze, R. ; Mercier, H., & Fortin, L. (2000) . Cognitive and familial contributions to conduct disorder in children . *Journal of Child Psychology and Psychiatry, Vol. 41(3), PP. 333 - 344.*

Tremblay R. E., ; Kurtz L. ; Masse, L. C. ; Vitaro, F. & Pihl, R. O. (1995 a) . A bimodal prevention for disruptive kindergarten boys: Its impact through mid-adolescence . *Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 63(4), PP. 560 - 568 .*

Tremblay R. E. ; Masse, L. C. ; Vitaro, F., & Dobkin, P. L. (1995b) . The impact of friends deviant behavior on early onset of delinquency : Longitudinal data from 6 to 13 years of age. *Development and Psychopathology, Vol. 7, PP. 649 - 668* .

Tremblay, R. E. (2000) . The development of aggressive behavior during childhood : What have we learned in the past century ? . *International Journal of Behavioral Development, Vol. 24(2), PP.129 - 141.*

True, W. R. ; Heath, A. C. ; Scherrer, J. F. ; Xiam, H. ; Lin, N. ; Eisen, S. A., et al. (1999) . Interrelationship of genetic and environmental influences on conduct disorder and alcohol and marijuana dependence symptoms . *American Journal of Medicine Genetic, Vol. 88(4), PP. 391 - 397.*

Underwood, M. K. (2003) . *Social aggression among girls* . New York : Guilford Press .

Van der Meere, J. ; Marzocchi, G., & DeMeo, T. (2005) . Response inhibition and attention deficit hyperactivity disorder with and without oppositional defiant disorder screened from a community sample . *Developmental Neuropsychology, Vol. 28(1), PP. 459 - 472* .

Van der Vlugt, H. ; Pijnenburg, H. M. ; Wels, P. M. A., & Koning, A. (1995) . Cognitive behavior modification of ADHD: A family system approach. In P. J. Henck ; H. P. van Bilsen ; P. C. Kendall & J. H. Slavenburg (Eds.), *Behavioral approaches for children and adolescents: Challenges for the next century (pp. 65 - 75)* . New York: Plenum Press.

Vitaro, F. ; Brendgan, M., & Tremblay, R. E. (2000) . Influence

of deviant friends on delinquency: Searching for moderator variables . *Journal of Abnormal Child Psychology, Vol. 28(4), PP. 313 - 325* .

Vitaro, F. ; Tremblay, R., & Bukowski, W. M. (2001) . Friends, friendships and conduct disorders. In J. Hill & B. Maughan (Eds.), *Conduct disorders in childhood and adolescence (pp. 346 - 376)*. Cambridge : Cambridge University Press .

Waddell, C. ; Lipman, E., & Offord, D. (1999) . Conduct disorder: Practice parameters for assessment, treatment, and prevention . *The Canadian Journal of Psychiatry, Vol. 44 (2), PP. 35 - 42.*

Walker, H. M. ; Colvin, G., & Ramsey, E. (1995). *Antisocial behavior in school : Strategies and best practices.* Pacific Grove, CA: Brooks/ Cole.

Waschbusch, D. A. (2002). A meta-analytic examination of comorbid hyperactive impulsive attention problems and conduct problems. *Psychological Bulletin, Vol. 128(1), PP. 118 -150.*

Waschbusch, D. A. ; Carrey, N. J. ; Willoughby, M. T. ; King, S., & Andrade, B. F. (2007) . Effects of methylphenidate and behavior modification on the social and academic behavior of children with disruptive behavior disorder : The moderating role of callous – unemotional traits . *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, Vol. 36 (4), PP. 629 - 644.*

Webster-Stratton, C. (1990) . Long-term follow-up of families with young conduct problem children: From preschool to grade school . *Journal of Clinical Child Psychology, Vol. 19(2), PP. 144 - 149* .

Webster-Stratton, C. (1996) . Early-onset conduct problems : Does gender make a difference ? . *Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 64(3), PP. 450 - 551.*

Webster-Stratton, C. ; Reid, J. M., & Hammond, M. (2001). Preventing conduct problems, promoting social competence: A parent and teacher training partnership in Head Start. *Journal of Clinical Child Psychology, Vol.30(3), PP. 283 - 302.*

Webster-Stratton, C. ; Reid, J. M., & Stoolmiller, M. (2008). Preventing conduct problems and improving school readiness: Evaluation of the incredible years teacher and child training programs in high - risk schools. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, Vol.49(5), PP. 471 - 488.*

Webster-Stratton, C. ; Reid, M. J., & Hammond, M. (2001). Social skills and problem solving training for children with early-onset conduct problems: Who benefits ?. *Journal of Clinical Psychology, and Psychiatry, Vol. 42(7), PP. 943 - 952.*

Webster-Stratton, C. ; Reid, M. J., & Hammond, M. (2004) . Treating children with early-onset conduct problems : Intervention outcomes for parent, child, and teacher training . *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, Vol. 33(1), PP. 105 - 124 .*

Webster-Stratton, C., & Hammond, M. (1997). Treating children with early - onset conduct problems : A comparison of child and parent training intervention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 65(1), PP. 93 - 109.*

Webster-Stratton, C., & Hammond, M. (1998). Conduct

problems and level of social competence in Head Start children : prevalence, pervasiveness and associated risk factors . *Clinical Child Psychology and Family Psychology Review, Vol. 1(2), PP. 101 - 124 .*

Webster-Stratton, C., & Hammond, M. (1997). Treating children with early - onset conduct problems: A comparison of child and parent training intervention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 65(1), PP. 93 - 109.*

Webster-Stratton, C., & Hammond, M. (1998). Conduct problems and level of social competence in Head Start children: prevalence, pervasiveness and associated risk factors. *Clinical Child Psychology and Family Psychology Review, Vol. 1(2), PP. 101 - 124 .*

Webster-Stratton, C., & Hammond, M. (1999) . Marital conflict management skills parenting style, and early-onset conduct problems : Processes and pathways . *Journal of Child Psychology and Psychiatry, Vol. 40(6), PP. 917 - 928 .*

Webster-Stratton, C., & Hancock, I. (1997) . Training parents of young children with conduct problems, content, methods, and therapeutic processes . In J. M. Briesmeister & C. Schaefer (Eds.), *Handbook of parent training: Parents as co-therapists for children's behavior problems (2nd ed. pp. 98 - 152).* New York : Wiley .

Webster-Stratton, C., & Lindsay, D. W. (1999). Social competence and early-onset conduct problems: Issues in assessment. *Journal of Clinical Child Psychology, Vol. 28(1), PP. 25 - 43.*

Webster-Stratton, C., & Reid, M. J. (2003a) . The incredible years parents, teachers, and children training series : A multifaceted treatment approach for young children with conduct problems . In A. E. Kazdin & J. R. Weisz (Eds.), *Evidence based psychotherapies for children and adolescents (pp. 224 - 249).* New York : Guilford .

Webster-Stratton, C., & Reid, M. J. (2003b). Treating conduct problems and strengthening social and emotional competence in young children: The Dina Dinosour treatment program. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, Vol. 11(3), PP. 130 -143.*

Webster-Stratton, C., & Spitzer, A. (1996) . Parents a young children with conduct problems: New insights using qualitative methods . In T. H. Ollendick & R. S. Prinz (Eds.), *Advances in clinical child psychology (Vol.18, pp.1 - 62). New York : Plenum Press* .

Werner, E. E., & Smith, R. S. (1992) . *Overcoming the odds : High risk children from birth to adulthood* . Ithaca NY : Cornell University Press .

White, S. R. (2006) . Treating conduct disorder in children : An intervention for parents with an emphasis on attachment theory . *Unpublished doctoral dissertation Alliant International University, San Francisco* .

Winslow, E. B. (1996) . Early risk factors and pathways in the development of early disruptive behavioral problems . *Development and Psychopathology, Vol. 8(4), PP. 679 - 700* .

Wolery, M. (2000). Behavioral and educational approaches to

early intervention. In J. P. Shonkoff & S. J. Meisels (Eds.) *Handbook of early childhood intervention (2nd ed., pp.179 - 203)*. Washington, DC: National Academy of Press.

Wolfe, D. A. (1999) . *Child abuse: Implications for child development and psychopathology* . Thousand Oaks, CA : Sage Publications Ltd.

Woodward, L. J., & Fergusson, D. M. (1999) . Childhood peer relationships problems and psychosocial adjustment in late adolescence . *Journal of Abnormal Child Psychology, Vol. 27(1), PP. 87 - 104* .

Woolfenden, S. R. ; Williams, K., & Peat, J. K. (2002) . Family and parenting interventions for conduct disorder and delinquency: A meta-analysis of randomised controlled trials . *Archives of Disease in Childhood, Vol. 86(4), PP. 251 - 256* .

Wootton, J. M.; Frick, P. J. ; Sheiton, K. K., & Silverthorn, P. (1997) . Ineffective parenting and childhood conduct problems : The moderating role of callous-unemotional traits . *Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol.65(2), PP. 301 - 308* .

World Health Organization (1992). *The tenth revision of the international classification of diseases and related health problems (ICD -10)*. Geneva : World Health Organization .

Young, S. (2002). A model of psychotherapy for with ADHD. In S. Goldstein & A. Teeter (Eds.), *Clinical interventions for adult ADHD : A comprehensive approach (pp. 147 - 163)*. Harcourt : Academic Press .

Zingraff, M. T. ; Leiter, J. ; Myers, K. A., & Johnson, M. C. (1993) . Child maltreatment and youthful problem behavior . *Criminology, Vol. 31(2), PP. 173 - 202* .

Zoccolillo, M. (1993) . Gender and the development of conduct disorder. *Development and Psychopathology, Vol. 5(1-2), PP. 65 - 78* .

Zoccolillo, M., & Rogers, K. (1991) . Characteristics and outcome of hospitalized adolescent girls with conduct disorder . *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol. 30(6), PP. 973 - 981.*

قائمة المحتويات

الموضوع	الصفحة
- الإهداء	٦
- مقدمة	٨
الفصل الأول **مفهوم وخصائص الاضطراب**	١٥-٧٢
- مقدمة	١٥
- تعريف الاضطراب	١٧
- حالة توضح الاضطراب	١٩
- اضطراب المسلك المقتصر على الأسرة	٢٨
- اضطراب المسلك المشاع أو المشترك بين الجماعة	٢٨
- اضطراب المسلك غير المشاع أو غير المشترك بين الجماعة	٢٨
- المسارات الإنمائية للاضطراب	٣٤
- النمط الذي يبدأ حدوثه في مرحلة الطفولة	٣٤
- النمط الذي يبدأ حدوثه في مرحلة المراهقة	٣٤
- أعراض الاضطراب	٣٧
- الاضطرابات والأعراض المرضية المصاحبة	٤٥
- اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد	٤٧
- الاكتئاب والقلق	٤٨
- الحالة المرضية المشتركة	٥٠

الصفحة	الموضوع
٥٧	- أسئلة المقابلة الشخصية لتقدير اضطراب المسلك
٥٩	- معدلات الانتشار
٦٨	- النوع أو الجنس
٧٠	- تفسير الفروق المتعلقة بالجنس أو النوع
٧٥ - ١١٥	**الفصل الثاني**
	مسار الاضطراب وسياق نموه
٧٥	- مقدمة
٨٦	- مسار الاضطراب
٨٨	- المسار المستمر مدى الحياة
٩٠	- المسار المحدد أو الخاص بمرحلة المراهقة
٩٢	- سياق نمو الاضطراب
٩٢	- الصفات المرتبطة
٩٣	- العجز المعرفي واللفظي
٩٥	- المشكلات المدرسية الخاصة بالتعلم
٩٦	- تدني تقدير الذات
٩٦	- مشكلات الأقران
١٠١	- المشكلات الأسرية
١٠٣	- المشكلات المتعلقة بالصحة
١٠٥	- عوامل المخاطرة
١٠٦	- العوامل المتعلقة بالطفل
١٠٦	- العوامل الوراثية

الموضوع	الصفحة
– العوامل الجسمية	١٠٧
– أوجه العجز المعرفي	١٠٧
– المهارات الاجتماعية الرديئة	١٠٨
– العوامل المتعلقة بالوالدين	١٠٩
– العوامل البيئية	١١٤
الفصل الثالث	١١٩ – ١٤٧
تشخيص الاضطراب	
– مقدمة	١١٩
– المقابلة الشخصية مع الوالدين	١١٩
– المقابلة الشخصية مع الوالدين	١١٩
– المقابلة الشخصية مع الطفل والمراهق	١٢٢
– المعلومات المستمدة من المدرسة	١٢٣
– المعلومات المستمدة من ضابط المراقبة	١٢٤
– التشخيص الفارق	١٢٦
– التشخيص الرسمي أو المعتمد للاضطراب	١٢٨
– محكات التصنيف الدولي العاشر للاضطرابات السلوكية والعقلية	١٣٢
– القضايا المتعلقة بعملية التشخيص الحالية	١٣٧
– إشعال الحرائق	١٤٠
– المنظورات	١٤٣
– المنظورات من الناحية القانونية	١٤٣

الموضوع	الصفحة

- المنظورات من الناحية السيكولوجية ١٤٥
- المنظورات من الناحية الطب نفسية ١٤٦
- منظور الصحة العامة ١٤٧

الفصل الرابع ١٥١ – ١٨٨

أسباب الاضطراب

- مقدمة ١٥١
- أسباب الاضطراب ١٥٦
  - الطفل ١٥٦
  - الأسرة ١٥٦
  - العوامل المرتبطة بالوالدين ١٥٧
  - الأقران ١٥٨
  - المدرسة ١٥٨
  - الجيران والمجتمع ١٥٨
  - التنافر أو الخلاف بين الزوجين ١٥٩
  - التأثيرات الوراثية ١٦٠
  - العوامل المتعلقة بالتغذية ومضاعفات الولادة ١٦٤
  - العوامل البيولوجية العصبية ١٦٤
  - العوامل المعرفية الاجتماعية ١٦٧
  - العوامل الأسرية ١٦٨
  - الضغوط النفسية وعدم الاستقرار الأسري ١٧٤
  - العوامل المجتمعية ١٧٦

الموضوع	الصفحة
- منطقة الجيرة (الحي) والمدرسة	١٧٧
- وسائل الإعلام	١٧٨
- العوامل الثقافية	١٨٠
- العوامل البيولوجية	١٨٣
- المزاج أو الطبع	١٨٤
- العوامل البيئية	١٨٥
- نقص المهارات الاجتماعية والأكاديمية	١٨٧
الفصل الخامس **التدخل العلاجي**	١٩١ - ٢٥٢
- مقدمة	١٩١
- الطرائق العلاجية المستخدمة	١٩٦
- تدريب الوالد على إدارة الأسرة	١٩٦
- التدريب على المهارات الاجتماعية لحل المشكلات	٢٠٧
- العلاج الأسري الوظيفي	٢١٤
- العلاج متعدد النظم	٢١٦
- العلاج الدوائي (العلاج بالعقاقير)	٢٢٤
- العلاج المعرفي	٢٣٤
- التدريب على ضبط الغضب أو السيطرة على الغضب	٢٣٧
- التحويل للعلاج التخصصي	٢٤١
- برامج إدارة الضبط أو التوافق	٢٤٣

الموضوع	الصفحة
– أوجه القصور أو التحديات المتعلقة بطرائق العلاج	٢٤٥
الفصل السادس **اضطراب العناد والتحدي**	٢٥٥ – ٢٩٨
– مقدمة	٢٥٥
– تعريف الاضطراب	٢٥٦
– اضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدي	٢٥٧
– تشخيص الاضطراب	٢٥٩
– نسبة الانتشار	٢٦٤
– عوامل المخاطرة	٢٦٦
– عوامل المخاطرة التنبؤية بدرجة شديدة	٢٦٦
– عوامل المخاطرة التنبؤية بدرجة متوسطة	٢٦٩
– عوامل المخاطرة التنبؤية بدرجة أقل من المتوسط	٢٧٢
– النتائج الخاصة بالكبار أو الراشدين	٢٧٤
– التكاليف الاجتماعية والاقتصادية	٢٧٧
– عوامل الحماية	٢٧٩
– الإسهامات البيولوجية لاضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدي	٢٨٠
– الإسهامات الاجتماعية لاضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدي	٢٨٣
– الإسهامات المعرفية لاضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدي	٢٨٧
– علاج الأطفال الذين يعانون من اضطراب العناد والتحدي	٢٨٨
– العلاج الدوائي	٢٨٨

الصفحة	الموضوع
٢٨٩	– العلاج النفسي والاجتماعي
٢٩٠	– العلاج المعرفي السلوكي
٢٩٤	– إرشاد الوالدين لعمل الاتصالات الواضحة
٢٩٥	– استراتيجيات التعامل مع الأفراد الذين لديهم اضطراب العناد والتحدي
٣٠١ – ٣١٢	**الفصل السابع**
	التدخلات الوقائية
٣٠١	– مقدمة
٣٠١	– العوامل الوقائية لاضطراب المسلك
٣٠٤	– متى يتم التدخل
٣٠٥	– التدخلات الوقائية
٣١٠	– من الذي يكون هدفاً للتدخل
٣١٥ – ٣٥١	**الفصل الثامن**
	العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدي
٣١٥	– مقدمة
٣١٧	– الأشكال الأولى للعلاج المعرفي السلوكي
٣٢١	– العلاج المعرفي السلوكي المعاصر
٣٢٥	– أنشطة للممارسة
٣٢٥	– الأهداف السلوكية والشخصية
٣٢٥	– المهارات التنظيمية والدراسية
٣٢٦	– الوعي بالإثارة والغضب
٣٢٧	– إدارة الغضب وضبط الذات

الموضوع	الصفحة
– القدرة على رؤية الأشياء وفقاً لعلاقاتها الصحيحة والتعرف على المشكلة	٣٣٠
– ضغوط الأقران والاشتراك مع الأقران المنحرفين	٣٣١
– التدخل في مرحلة ما قبل المدرسة أو في مرحلة الطفولة المبكرة	٣٣١
– لعبة السلوك الجيد	٣٣٢
– الارتقاء باستراتيجيات التفكير البديل	٣٣٣
– برنامج الخطوة الثانية	٣٣٤
– العلاج وبرامج الوقاية المستهدفة	٣٣٨
– التدخل في مرحلة الطفولة المتأخرة	٣٣٨
– مشروع سياتل Seattle للتنمية الاجتماعية	٣٣٨
– أوجه دعم السلوك الإيجابي	٣٣٩
– برنامج منع البلطجة	٣٤٠
– مشروع تنمية الطفل	٣٤١
– العلاج وبرامج الوقاية المستهدفة	٣٤١
– التدريب على مهارات حل المشكلات	٣٤١
– برنامج التصرف عند الغضب	٣٤٥
– التدخل في مرحلة المراهقة المبكرة	٣٤٧
– التدريب على المهارات الحياتية	٣٤٧
– الاستجابة أو الرد بطرق سلمية وإيجابية	٣٤٨
– التنمية الإيجابية للشباب	٣٤٩
– مشروع البيئة الانتقالية المدرسية	٣٤٩

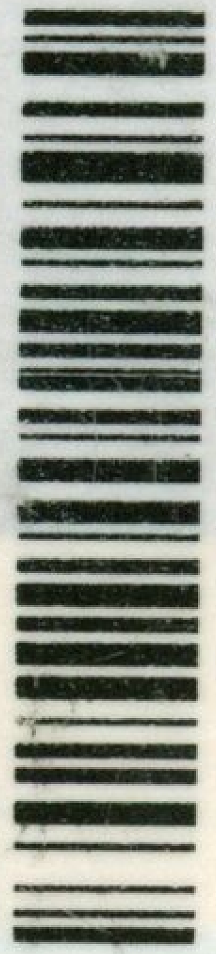
الموضوع **الصفحة**

الموضوع	الصفحة
– العلاج وبرامج الوقاية المستهدفة	٣٥٠
– فن ضبط النفس	٣٥٠
الفصل التاسع	٣٥٥ – ٣٨٤
علاج اضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدي وتقوية الكفاءة النفسية والاجتماعية للأطفال	
– مقدمة	٣٥٥
– أنشطة الممارسة	٣٦٧
– استخدام الدمي في عرض نماذج السلوك الملائم	٣٦٧
– عرض شرائط فيديو تعتمد على النمذجة ولعب الأدوار	٣٦٨
– الكشف عن المشاعر	٣٦٩
– تعليم الأطفال كيف يكونوا ودودين	٣٧٤
– التدريب والإشارات أو الدلائل والتعزيز	٣٧٥
– التعلم واللعب الخيالي	٣٧٦
– زيادة المهارات ورفع مستوى التعميم	٣٧٧
– العلاج الجماعي وإدارة المجموعة	٣٧٧
– تقييم البرنامج	٣٧٩
الفصل العاشر	٣٨٧ – ٤٠٦
الارتباط التنموي بين اضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدي واضطراب الشخصية المعادية للمجتمع	
– مقدمة	٣٨٧
– المعايير التشخيصية	٣٨٩

الموضوع	الصفحة
– معدلات الانتشار	٣٩٠
– المسار النمائي لاضطراب والاضطرابات المعادية للمجتمع	٣٩٤
– اضطراب المسلك الذي يبدأ حدوثه في مرحلة المراهقة	٣٩٦
– اضطراب المسلك الذي يبدأ حدوثه في مرحلة الطفولة	٣٩٩
– عدم التنظيم الانفعالي واضطراب المسلك	٤٠١
– السمات القاسية غير الانفعالية واضطراب المسلك	٤٠٢
الفصل الحادي عشر	٤٠٩ – ٤٣٤
التوجهات المستقبلية في دراسة اضطراب المسلك	
– مقدمة	٤٠٩
– مشكلات المسلك في مرحلة الطفولة المبكرة	٤١٢
– اضطراب المسلك الذي يصاحبه السمات القاسية غير الانفعالية	٤١٣
– اضطراب المسلك المرتبط بسوء التنظيم الانفعالي والسلوكي	٤١٥
– مسار واستقرار المشكلات السلوكية المبكرة	٤١٦
– الاتجاهات المستقبلية للبحوث التي تتناول المسارات الإنمائية للاضطراب	٤١٧
– استخدام طرائق بحث ملائمة بدرجة أكبر	٤١٧
– ربط عوامل الخطورة المعروفة بالمسارات الإنمائية المختلفة	٤١٩
– توضيح السمات الانفعالية والمعرفية عبر المسارات الإنمائية	٤٢٠
– توضيح دور الأسلوب الوالدي عبر مسارات الاضطراب	٤٢١

الموضوع	الصفحة
- الاتجاهات المستقبلية في تقدير وتشخيص الاضطراب	٤٢٢
- الاهتمام بتقدير عمر بداية الحدوث	٤٢٢
- دمج السمات القاسية غير الانفعالية ضمن معايير التشخيص	٤٢٤
- الاتجاهات المستقبلية في الوقاية والعلاج من الاضطراب	٤٢٧
- ثبت المصطلحات	٤٣٧ - ٤٦١
قائمة المراجع	٤٦٥ - ٥٣٤
- المراجع العربية	٤٦٥
- المراجع الأجنبية	٤٦٦

يعد اضطراب المسلك اضطراباً من بين ثلاثة اضطرابات للسلوك الفوضوى والاضطرابان الآخران هما : اضطراب العناد والتحدى واضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد فهو يوحى بوجود اضطراب خارجى حاد يتضمن سلوكيات عدوانية خطيرة وسلوكيات مضادة للمجتمع كالقتال أو المشاجرة والقسوة والسرقة بالإكراه والإجبار على ممارسة النشاط الجنسى وإشعال الحرائق والخداع والهروب من المدرسة وغير ذلك من الانتهاكات للقواعد وقد تناولنا فى هذا الكتاب مفهوم وخصائص الاضطراب ومسار الاضطراب وسياق نموه وتشخيص الاضطراب وأسبابه والتدخل العلاجى وكذلك اضطراب العناد والتحدى والتدخلات الوقائية وكذلك العلاج المعرفى السلوكى لاضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدى وكذلك علاج اضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدى وتعزيز الكفاءة النفسية والاجتماعية للأطفال والارتباط التنموى بين اضطراب المسلك واضطراب العناد والتحدى واضطراب الشخصية المعادية للمجتمع واخيراً التوجهات المستقبلية فى دراسة اضطراب المسلك .



دار العلوم
للنشر والتوزيع

للنشر والتوزيع